

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2025-12-15

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2026-01-01

A 1. Leki refundowane dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	2024-07-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	12,30	13,28	14,08	19,05	19,05	Cukrzyca		30%	5,15
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	2024-07-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	8,70	9,40	9,96	12,87	9,53	Cukrzyca		30%	5,58
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,10	8,75	9,29	11,36	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,18
4	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2024-04-01	5 lat	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	9,24	9,98	10,57	14,66	14,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,35
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	2024-10-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	8,98	9,70	10,28	14,31	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,97
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	2024-10-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	14,50	15,66	16,60	23,14	23,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,57
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	2024-10-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	29,00	31,32	33,20	42,77	42,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,39
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	2025-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	10,50	11,34	12,02	16,05	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,74
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	2025-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	17,50	18,90	20,03	26,57	25,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2025-07-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	35,00	37,80	40,07	49,64	49,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,34
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	10,67	11,52	12,21	16,24	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,91
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	19,47	21,03	22,29	28,83	25,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,53
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	35,99	38,87	41,20	50,77	50,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,85
14	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	2025-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,10	6,59	7,13	10,73	10,73	Osteoporoza		30%	3,22
15	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2025-10-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,00	5,40	5,94	9,54	9,54	Osteoporoza		30%	2,86
16	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	2024-04-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,83	8,46	9,00	12,60	12,60	Osteoporoza		30%	3,21
17	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	2024-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,85	8,48	9,02	12,62	12,60	Osteoporoza		30%	3,42
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	2024-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	11,77	12,71	13,48	18,31	18,31	Osteoporoza		30%	4,94
19	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blister po 4 szt.)	05909991032517	2025-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,73	8,35	8,89	12,49	12,49	Osteoporoza		30%	3,75
20	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	9,00	9,72	10,30	14,33	14,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	12,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	3,19	3,45	3,99	5,64	4,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	5,08
22	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	91,00	98,28	104,18	117,65	94,94	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	25,91
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	182,00	196,56	208,35	225,82	189,89	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	39,13
24	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	2026-01-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	72,00	77,76	82,43	95,62	89,80	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	32,76
25	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	75,15	81,16	86,03	99,78	99,78	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	26,94
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,00	73,44	77,85	91,04	89,80	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	25,36
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	45,00	48,60	51,52	62,13	59,87	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby; Wewnątrz wątrobowa cholestaza ciężamych		30%	18,20
28	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	36,86	45,84	45,84	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
29	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2025-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	36,86	45,84	45,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
30	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	11,06	15,27	13,75	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
31	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2025-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwпадaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	11,06	15,27	13,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,52
32	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwпадaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	22,19	28,96	27,50	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,66
33	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2025-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwпадaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	22,19	28,96	27,50	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,46
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwпадaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	12,99	17,11	14,22	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,09
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwпадaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	12,99	17,11	14,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,89
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwпадaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	17,80	23,70	23,70	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwпадaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	17,80	23,70	23,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwпадaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,58	6,03	6,57	8,27	4,74	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,58	6,03	6,57	8,27	4,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,53
40	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	43,01	46,45	49,24	58,03	47,40	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	13,83
41	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	43,01	46,45	49,24	58,03	47,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,63
42	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,79	13,81	14,64	18,21	11,85	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,56
43	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,79	13,81	14,64	18,21	11,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,36
44	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,50	23,22	24,61	30,51	23,70	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	10,01
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,50	23,22	24,61	30,51	23,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,81
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,18	34,75	36,84	44,30	35,55	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaciach farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,18	34,75	36,84	44,30	35,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,75
48	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2024-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	111,51	109,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
49	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163	2023-09-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	111,51	109,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
50	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2026-01-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	105,78	105,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
51	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2024-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	109,22	109,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
52	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2025-10-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,31	163,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
53	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2025-10-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	45,79	55,64	49,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,90
54	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2025-10-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,46	389,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
55	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2025-10-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	96,00	103,68	109,90	124,85	124,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
56	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2025-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,31	163,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
57	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2026-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczykowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	39,90	43,09	45,67	55,52	49,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
58	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2025-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwwiruszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,46	389,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
59	Adrenalinum	Jext, roztwór do wstrzykiwań, 0,15 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	08435588301010	2026-01-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	155,70	168,16	178,24	196,19	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	98,10
60	Adrenalinum	Jext, roztwór do wstrzykiwań, 0,3 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	08435588301027	2026-01-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	155,70	168,16	178,24	196,19	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	98,10
61	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	46,00	49,68	52,66	63,27	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,97
62	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,30	52,16	55,30	66,28	66,28	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,88
63	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,00	48,60	51,52	62,13	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,83
64	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,60	49,25	52,21	62,82	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,52
65	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05995327174969	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	89,60	96,77	102,58	117,19	117,19	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,16
66	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	0383898699352	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,70	49,36	52,32	62,93	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
67	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	2025-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	330,92	357,39	378,84	409,54	409,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41
68	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990746576	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	20,61	26,82	25,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,34
69	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	20,52	20,52	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
70	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	8,45	9,13	9,68	12,35	8,58	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,97
71	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	22,30	24,08	25,53	31,74	25,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,26
72	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,62	6,07	6,61	9,47	9,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,95
73	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,17	10,98	11,64	16,18	16,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
74	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,20	11,02	11,67	16,56	16,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
75	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,10	5,51	6,05	8,91	8,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
76	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	30,60	33,05	35,04	44,61	44,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
77	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,18	9,91	10,51	15,05	15,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
78	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519	2025-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
79	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502	2025-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	6,00	6,48	7,02	9,88	9,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,32
80	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564	2025-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	36,00	38,88	41,21	50,78	50,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,20
81	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540	2025-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,80	11,66	12,37	16,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
82	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,09	5,50	6,04	8,90	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
83	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,17	9,90	10,50	15,04	15,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
84	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	6,00	6,48	7,02	9,88	9,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,69
85	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,80	11,66	12,37	16,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
86	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna	13,80	14,90	15,80	21,20	21,20	Choroba i zespół Parkinsona	dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie	30%	6,36
87	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	5 lat - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,00	6,48	7,02	10,78	10,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	2,74
88	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,50	5,94	6,48	8,58	6,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	3,48
89	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2024-04-01	3 lata	31.0, Leki przeciwartymiczne klasy III - amiodaron	22,13	23,90	25,34	32,59	32,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
90	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	21,60	23,33	24,73	31,78	27,57	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,41
91	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	49,45	59,70	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
92	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	98,91	113,16	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,07
93	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	40,75	44,01	46,66	56,91	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	4,96
94	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,29	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
95	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	20,97	22,65	24,01	31,06	27,57	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,69
96	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
97	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	40,75	44,01	46,66	56,91	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	4,96
98	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
99	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990936557	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
100	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,22	46,68	49,47	59,72	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,77
101	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,44	93,36	98,96	113,21	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,12
102	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	42,00	45,36	48,08	58,33	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
103	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	84,00	90,72	96,16	110,41	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,32
104	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	22,00	23,76	25,19	32,24	27,57	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,87
105	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,95	47,47	50,32	60,57	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	8,62
106	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,80	90,50	95,94	110,19	110,19	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
107	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,29	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
108	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,55	93,47	99,08	113,33	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,24
109	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	49,45	59,70	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,75
110	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	98,91	113,16	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,07
111	Amlodipini besilas	ApoAml0, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	6,48	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,37
112	Amlodipini besilas	ApoAml0, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,80	3,02	3,56	6,31	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,89
113	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,90	8,53	9,07	13,81	13,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
114	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,70	5,08	5,62	8,37	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,51
115	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,70	9,40	9,96	14,70	14,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,41
116	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,60	16,85	17,86	25,25	25,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,58
117	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,35	4,70	5,24	7,99	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,40
118	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,80	8,42	8,96	13,70	13,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,11
119	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	16,07	16,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,34
120	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,10	5,51	6,05	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,38
121	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,75
122	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,85	5,24	5,78	8,53	8,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,56
123	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,14	6,63	7,17	11,91	11,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,57
124	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,45	3,73	4,27	7,02	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
125	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	6,48	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,37
126	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,75	2,97	3,51	6,26	6,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,88
127	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,80	9,50	10,08	14,82	14,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,45
128	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,80	9,50	10,08	14,82	14,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,45
129	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	10,13	14,87	14,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
130	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,23	12,13	12,85	17,59	17,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,28
131	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,62	6,07	6,61	9,36	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,84
132	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,73	14,83	15,71	20,45	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,66
133	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,78	10,56	11,20	13,95	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,69
134	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,00	9,72	10,30	15,04	15,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,51
135	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990907311	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,80	4,10	4,64	6,24	4,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
136	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,50	4,86	5,40	8,15	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,45
137	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,86	8,49	9,03	13,77	13,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,13
138	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,90	4,21	4,75	7,50	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,25
139	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,75
140	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,85	5,24	5,78	8,53	8,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,56
141	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,55	15,71	16,65	23,03	23,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,91
142	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,96	9,68	10,26	15,00	15,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,50
143	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,48	4,84	5,38	8,13	8,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,44
144	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
145	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
146	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	8,75	9,29	12,55	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
147	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
148	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,89	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,79
149	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
150	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,89	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,79
151	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,25	8,91	9,45	12,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,19
152	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,73
153	Amlodipinum + Valsartanum	Sarpin, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991293888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,73
154	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
155	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
156	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
157	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
158	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
159	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
160	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,75	21,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,28
161	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,35	26,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
162	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,31	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,27
163	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,37	13,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,75
164	Amoxicillinum	Amotaks, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	26,87	29,02	30,76	38,82	38,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
165	Amoxicillinum	Amotaks, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	17,64	19,05	20,20	26,26	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,55
166	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,35	26,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
167	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,37	13,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,75
168	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,76	13,78	14,61	19,80	19,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
169	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,75	21,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,28
170	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,31	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,27
171	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	11,58	12,27	16,71	15,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,69
172	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,26	10,00	10,61	16,04	16,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
173	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	14,48	14,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
174	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	9,50	9,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
175	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,03	14,07	14,91	20,34	20,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
176	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	15,34	16,57	17,56	23,62	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,53
177	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	23,36	25,23	26,74	34,80	34,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
178	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,29	17,59	18,65	25,08	25,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,93	35,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,75	9,45	10,02	12,74	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,32
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,16	19,61	20,79	25,49	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,65
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,17	13,14	13,93	18,81	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,93
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,38	18,77	19,89	26,95	26,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,48
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,38	18,77	19,89	26,95	26,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,48
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,30	26,24	27,82	34,88	31,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,33
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	33,59	35,61	44,21	44,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,11
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,20	17,50	18,54	23,47	18,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,00
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	25,80	27,86	29,54	37,16	37,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,58
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklaw QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	27,41	29,60	31,37	39,08	38,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesziny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	14,58	15,75	16,69	22,20	22,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,15
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,32	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,66
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	17,18	17,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,59
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,40	23,11	24,49	32,11	32,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,06
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	25,96	33,30	33,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,65
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	11,34	12,25	12,98	17,68	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,84
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,02	12,98	13,76	18,64	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,76
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,10	31,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,55
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	23,87	25,30	33,01	33,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,51
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. 100 ml	05909991343279	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,73	24,55	26,02	33,64	33,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,03	10,83	11,48	15,51	13,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,85
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,23	14,29	15,14	20,02	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,14
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,42	26,37	27,96	35,02	31,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,47
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,52	31,88	33,79	42,39	42,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,20
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	20,81	22,47	23,82	31,44	31,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,72
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	12,90	13,93	14,76	19,69	18,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,22
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,90	12,85	13,62	18,50	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,62
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	20,33	27,39	27,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,70
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	10,36	15,06	15,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,53
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	20,79	22,04	29,10	29,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,55
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,65	19,06	20,21	27,27	27,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,75	26,73	28,34	36,94	36,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,47
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,10	31,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,55
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,58	28,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,29
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	32,28	41,14	41,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,57
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,93	35,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,03
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,99	20,51	21,74	26,44	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,84
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,06	10,86	11,51	14,23	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,83
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	16,77	18,11	19,20	24,08	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,68
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,26	26,20	27,78	34,32	26,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,89
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	40,14	31,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,13
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	38,44	41,52	44,01	52,87	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	26,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
222	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonias	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,32	25,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,66
223	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,25	40,23	42,65	52,45	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,89
224	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162	<1>2025-07-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	42,65	46,06	48,83	58,63	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, u których stwierdzono w guzie obecność receptora estrogenowego	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	10,07
225	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991529468	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,14	36,87	39,09	49,20	49,20	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
226	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991457808	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,15	36,88	39,10	48,90	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,34
227	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,80	48,38	51,29	61,09	48,56	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	12,53
228	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,50	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,15
229	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,00	47,52	50,37	60,17	48,56	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, u których stwierdzono w guzie obecność receptora estrogenowego	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	11,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
230	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	60,00	64,80	68,69	72,69	12,18	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	64,16
231	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	200,00	216,00	228,96	240,12	68,22	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	192,37
232	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	80,44	74,71	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	8,93
233	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2024-07-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	55,00	59,40	62,96	74,71	74,71	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
234	Aprepitantum	Aprepitant Viatrix, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	80,44	74,71	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	8,93
235	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,81	109,95	116,55	131,80	131,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
236	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	59,95	64,75	68,63	82,43	82,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
237	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	62,80	67,82	71,90	85,70	85,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
238	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	77,20	83,38	88,38	102,18	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,53
239	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	119,90	129,49	137,26	155,10	155,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
240	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	125,60	135,65	143,79	161,63	161,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
241	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	154,52	166,88	176,89	194,73	194,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
242	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	310,00	334,80	354,89	377,52	377,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
243	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol. proszku + fiol. rozp.	05702157142200	2023-09-01	3 lata	178.12, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	785,70	848,56	899,47	935,31	935,31	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia aripiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	bezpłatny do limitu	0,00
244	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	49,00	52,92	56,10	67,35	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,99
245	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,78	112,08	118,81	134,06	134,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,58

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
246	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,89	81,96	86,88	100,68	100,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
247	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,00	172,80	183,17	201,01	201,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
248	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	22,92	24,75	26,24	34,04	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,26
249	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	49,00	52,92	56,10	67,35	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,99
250	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2><3>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,30	81,32	86,21	100,01	100,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
251	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	55,68	60,13	63,74	74,99	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,96
252	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	113,43	122,50	129,86	145,11	134,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,62
253	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	169,30	182,84	193,82	211,66	201,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
254	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	81,86	88,41	93,71	107,51	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,86
255	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,05	172,85	183,22	201,06	201,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
256	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	252,99	273,23	289,62	309,85	302,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,26
257	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	161,12	174,01	184,45	202,29	201,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,56
258	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	56,43	60,94	64,61	75,86	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,83
259	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	113,43	122,50	129,86	145,11	134,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,62
260	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	169,30	182,84	193,82	211,66	201,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,93
261	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,96	89,60	94,98	108,78	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
262	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,05	172,85	183,22	201,06	201,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
263	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	252,99	273,23	289,62	309,85	302,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,26
264	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	161,12	174,01	184,45	202,29	201,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,56
265	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,89	112,20	118,93	134,18	134,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,38
266	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	5 lat - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,85	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,72
267	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,07	201,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,07
268	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	331,13	357,62	379,08	401,71	401,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,16
269	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	25,34	27,37	29,01	36,81	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
270	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,85	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
271	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	50,50	54,54	57,81	69,06	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,53
272	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,50	86,94	92,16	105,96	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,31
273	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	86,40	93,31	98,91	113,02	108,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,35
274	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,07	201,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
275	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	145,00	156,60	166,00	184,18	184,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76
276	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	263,92	285,03	302,14	322,88	322,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64
277	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,07	201,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
278	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,00	84,24	89,29	103,40	103,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
279	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-03-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	64,40	69,55	73,72	87,52	87,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
280	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,16	52,01	55,13	66,38	66,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
281	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,32	104,03	110,27	125,52	125,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
282	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,24	78,02	82,70	96,50	96,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
283	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	144,48	156,04	165,40	183,24	183,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
284	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	24,08	26,01	27,56	35,36	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,94
285	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,16	52,01	55,13	66,38	66,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
286	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,00	85,32	90,44	104,24	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,59
287	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	240,00	259,20	274,75	297,38	297,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
288	Aripiprazolum	Aryzaleria, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	55,00	59,40	62,96	74,21	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,18
289	Aripiprazolum	Aryzaleria, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	54,00	58,32	61,82	73,49	72,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,65
290	Aripiprazolum	Aryzaleria, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	110,00	118,80	125,93	141,18	134,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,69
291	Aripiprazolum	Aryzaleria, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,00	116,64	123,64	139,31	139,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,27
292	Aripiprazolum	Aryzaleria, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	82,50	89,10	94,45	108,25	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,60
293	Aripiprazolum	Aryzaleria, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	165,00	178,20	188,89	206,73	201,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,00

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziomoci	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
294	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	159,96	172,76	183,12	200,96	200,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
295	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	26,66	28,79	30,52	38,32	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,90
296	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	50,46	54,50	57,77	69,02	67,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,49
297	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,69	81,75	86,65	100,45	100,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
298	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,00	113,40	120,20	135,45	134,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,96
299	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,75	85,05	90,16	103,96	100,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,31
300	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	157,50	170,10	180,31	198,15	198,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
301	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	315,00	340,20	360,61	383,24	383,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
302	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,13	51,98	55,10	66,35	66,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
303	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,19	77,97	82,64	96,44	96,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
304	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	153,00	165,24	175,15	192,99	192,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
305	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	25,50	27,54	29,19	36,99	33,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,57
306	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,50	52,38	55,52	66,52	66,52	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
307	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,56	83,76	88,79	102,68	102,68	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
308	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,47	23,19	24,58	31,36	26,61	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	7,95
309	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,75	41,85	44,37	53,82	47,89	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	9,13
310	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2025-10-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	55,10	59,51	63,08	74,08	66,52	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	10,76
311	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	51,95	56,11	59,48	70,88	70,88	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
312	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2025-10-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	88,44	95,52	101,25	115,14	106,43	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	11,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
313	Atomoxetine	Auroxetyń, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241	2023-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	80,00	86,40	91,58	105,79	105,79	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
314	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2026-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,53	23,25	24,65	31,43	26,61	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	8,02
315	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2026-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,75	41,85	44,37	53,82	47,89	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	9,13
316	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2026-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	53,82	58,13	61,61	72,61	66,52	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	9,29
317	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2026-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	86,11	93,00	98,58	112,47	106,43	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	9,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
318	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,02	7,58	8,12	9,72	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,76
319	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,15	14,20	15,06	17,80	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,88
320	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,85	25,76	27,30	32,02	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,18
321	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,59	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,63
322	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,70	22,36	23,70	27,59	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
323	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,60	10,37	10,99	13,73	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,81
324	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,05	19,49	20,66	25,38	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,54
325	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,80	31,10	32,97	39,33	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,57
326	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,28	14,34	15,21	19,10	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,22
327	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,00	27,00	28,62	34,98	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
328	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,20	20,74	21,98	26,70	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,86
329	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,10	38,99	41,33	48,71	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	25,03
330	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	52,72	56,94	60,35	69,69	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	34,17
331	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,71	31,01	32,86	39,22	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,46
332	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,28	41,34	43,83	51,21	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	27,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
333	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	5,71	6,25	8,99	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,07
334	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	16,16	16,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,85
335	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	4,00	5,60	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,64
336	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,95	6,43	6,97	9,71	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,79
337	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,20	9,94	10,53	14,42	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
338	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,95	12,91	13,68	18,40	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,56
339	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,32	15,47	16,39	22,75	22,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,83
340	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,09	20,62	21,86	29,24	29,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,77
341	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,00	3,24	3,78	5,38	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,42
342	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,20	6,70	7,24	9,98	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
343	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,07	11,96	12,67	17,39	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,55
344	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,60	17,93	19,01	25,37	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,61
345	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,40	13,39	14,19	18,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,07
346	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,13	23,90	25,34	32,72	32,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,82
347	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,20	35,86	38,01	47,35	47,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
348	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,02	23,78	25,21	32,59	32,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,78
349	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,49
350	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
351	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,35	2,54	3,08	4,68	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,72
352	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	5,62	8,36	8,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
353	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
354	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,95	15,07	15,97	22,33	22,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,70
355	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,40	10,15	10,76	15,48	15,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,64
356	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,60	20,09	21,30	28,68	28,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,60
357	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,80	20,30	21,52	28,90	28,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
358	Atorvastatinum	Atorvasteryl, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,19	7,77	8,31	9,91	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,26
359	Atorvastatinum	Atorvasteryl, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,39	15,54	16,47	19,21	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,96
360	Atorvastatinum	Atorvasteryl, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,79	31,09	32,96	37,68	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,26
361	Atorvastatinum	Atorvasteryl, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,17	28,26	29,96	37,34	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,29
362	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,80	6,26	6,80	8,40	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
363	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,90	9,61	10,18	12,92	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,00
364	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,75	9,45	10,02	14,53	14,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,36
365	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,80	18,14	19,23	23,95	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,11
366	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,75	32,13	34,06	41,44	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,98
367	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,59	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
368	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,95	7,51	8,05	10,79	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,38
369	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,65	10,42	11,05	14,94	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,45
370	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	11,66	12,37	15,11	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,27
371	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,25	13,23	14,03	18,75	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,22
372	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,25	19,71	20,90	27,26	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
373	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,70	23,44	24,84	29,56	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,95
374	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,36	25,23	26,74	34,12	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,40
375	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,20	39,10	41,44	50,78	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,73
376	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	7,16	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,20
377	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,30	6,80	7,34	10,08	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
378	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,35	10,10	10,70	14,59	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,71
379	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,81	8,43	8,97	11,71	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,79
380	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,48	13,48	14,29	19,01	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,17
381	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,35	19,82	21,01	27,37	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,61
382	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,69	16,95	17,96	22,68	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
383	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,16	26,09	27,66	35,04	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,36
384	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,50	38,34	40,64	49,98	49,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,99
385	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,69	3,99	4,53	6,13	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,17
386	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,38	7,97	8,51	11,25	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,33
387	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,10	7,67	8,21	12,10	12,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
388	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,76	15,94	16,90	21,62	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,78
389	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,20	15,34	16,25	22,61	22,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,78
390	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	40,58	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,90
391	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,55	35,15	37,26	44,64	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,96
392	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	8,51	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
393	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,60	9,29	9,85	12,59	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,67
394	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,30	17,60	18,66	23,38	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,54
395	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	48,90	52,81	55,98	65,32	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	29,80
396	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,00	7,56	8,10	9,70	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,07
397	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,00	15,12	16,03	18,77	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
398	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	27,93	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,14
399	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,16	12,05	12,78	15,52	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,64
400	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,80	22,46	23,81	28,53	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,02
401	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,05	33,53	35,54	41,90	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,73
402	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,85	18,20	19,29	24,01	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
403	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,33	29,52	31,29	38,67	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,49
404	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	40,49	43,73	46,35	55,69	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,15
405	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,00	42,12	44,65	52,03	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	25,52
406	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,15	7,72	8,26	12,15	12,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,65
407	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	16,37	22,73	22,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
408	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	16,37	22,73	22,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,82
409	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	14,43	19,31	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,22
410	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2025-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	14,43	19,31	16,71	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,34
411	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	23,35	30,23	27,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,02
412	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2025-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	23,35	30,23	27,85	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,14
413	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,69	55,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,56
414	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2025-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,69	55,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
415	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	18,91	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,40
416	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,06	24,90	26,40	30,57	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,75
417	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,57	14,66	15,53	19,70	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,97
418	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,05	6,53	7,07	11,24	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,62
419	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,40	13,39	14,19	17,08	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,49
420	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	30,01	18,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,83
421	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	36,18	42,77	27,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	29,00
422	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	39,50	42,66	45,22	52,60	34,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	35,39
423	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,40	17,71	18,77	22,94	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,43
424	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,61	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,10
425	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,73	14,83	15,71	19,88	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
426	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	10,25	10,86	15,03	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	7,52
427	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,42	16,65	17,66	22,60	18,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,42
428	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,30	19,76	20,95	27,54	27,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,77
429	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	27,07	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,60
430	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	13,51	17,68	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,15
431	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,61	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	7,29
432	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,40	13,39	14,19	17,08	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,49
433	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	22,96	7,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	19,20
434	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,80	19,22	20,38	24,55	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,04
435	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,80	19,22	20,38	24,55	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,04
436	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	30,01	18,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
437	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,50	34,02	36,06	42,65	27,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowicydoza	50%	28,88
438	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	109,30	118,04	125,13	140,84	140,84	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
439	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inhalacyjny, roztwór, 172+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153018032	2026-01-01	1 rok 6 miesięcy	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	200,00	216,00	228,96	247,27	205,33	Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów dorosłych z niewystarczającą kontrolą objawów astmy po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i dużych dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	103,54
440	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	<1>2023-09-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	250,75	270,81	287,06	308,00	308,00	<1>Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych; <2>Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i średnich dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	92,40
441	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, proszek do inhalacji, 88+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153017981	2026-01-01	1 rok 6 miesięcy	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	200,00	216,00	228,96	247,27	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta-2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta-2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	103,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
442	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013567	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	72,83	78,66	83,38	97,00	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,31
443	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013574	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	109,25	117,99	125,07	140,78	140,78	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
444	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013581	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	72,83	78,66	83,38	97,00	93,89	Astma		ryczałt	6,31
445	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013598	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	109,25	117,99	125,07	140,78	140,78	Astma		ryczałt	4,80
446	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	89,18	89,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
447	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	109,30	118,04	125,13	140,84	140,84	Astma		ryczałt	4,80
448	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	122,90	132,73	140,69	156,40	140,84	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,36
449	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	122,40	132,19	140,12	155,83	140,84	Astma		ryczałt	19,79
450	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	2025-10-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	123,50	133,38	141,38	157,09	140,84	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	58,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
451	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	2025-10-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	247,00	266,76	282,77	302,70	281,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	105,52
452	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	1 but. 150 ml	05909990363223	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	42,42	45,81	48,57	57,21	46,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	13,57
453	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2026-01-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,20	19,66	20,83	27,48	27,48	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,74
454	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2026-01-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	10,30	11,12	11,79	15,90	13,98	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	8,91
455	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625	2025-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	50,00	54,00	57,24	68,41	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,21
456	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2023-05-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,60	20,09	21,30	27,95	27,95	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,98
457	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518	2025-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	7,50	8,10	8,64	12,11	12,11	Jaskra		30%	3,63
458	Bilastinum	Bellix, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991496630	2025-07-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	8,69	9,23	13,24	13,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,97
459	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	43,90	35,84	Jaskra		ryczałt	11,26
460	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	94,20	101,74	107,84	121,91	107,52	Jaskra		ryczałt	23,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
461	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	40,02	35,84	Jaskra		ryczałt	7,38
462	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,75	90,45	95,88	109,95	107,52	Jaskra		ryczałt	11,39
463	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,11	28,20	29,89	37,96	35,84	Jaskra		ryczałt	5,32
464	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,72	29,94	31,73	39,80	35,84	Jaskra		ryczałt	7,16
465	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	89,81	95,20	109,27	107,52	Jaskra		ryczałt	10,71
466	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,81	32,19	34,13	42,20	35,84	Jaskra		ryczałt	9,56
467	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,55	96,71	102,51	116,58	107,52	Jaskra		ryczałt	18,02
468	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,88	32,27	34,20	42,27	35,84	Jaskra		ryczałt	9,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
469	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,68	96,85	102,66	116,73	107,52	Jaskra		ryczałt	18,17
470	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,70	32,08	34,00	42,07	35,84	Jaskra		ryczałt	9,43
471	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	2025-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	8,90	9,61	10,18	14,18	14,18	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,25
472	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	2025-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	11,25	12,15	12,88	17,38	17,02	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,47
473	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,94	13,98	14,82	20,89	20,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,76
474	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,47	6,99	7,53	11,21	11,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	2,88
475	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,60	16,85	17,86	23,93	23,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,76
476	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,40	25,27	26,78	34,39	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	8,64
477	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,80	8,42	8,96	12,64	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	2,88
478	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,70	12,64	13,39	18,31	18,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,32
479	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,40	6,91	7,45	11,13	11,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
480	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,20	3,46	4,00	6,07	6,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
481	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,94	11,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
482	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,33	4,68	5,22	7,29	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,91
483	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,24	6,74	7,28	10,96	10,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
484	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,60	14,69	15,57	21,64	21,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
485	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,54	3,82	4,36	6,43	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
486	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,80	7,34	7,88	11,56	11,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
487	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,39	6,90	7,44	11,12	11,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
488	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,19	3,45	3,99	6,06	6,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
489	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,54	9,22	9,77	13,45	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,49
490	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,08	18,45	19,55	25,62	25,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
491	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,27	4,61	5,15	7,22	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,84
492	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,54	9,22	9,77	13,45	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,49
493	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05038256002863	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brexpiprazol	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
494	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05038256002870	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brexpiprazol	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
495	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 3 mg	28 szt.	05038256002887	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brexpiprazol	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
496	Brexpiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05038256002894	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brexpiprazol	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
497	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,56	18,96	20,10	26,57	23,98	Jaskra		ryczałt	5,79
498	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2026-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,99	21,59	22,89	29,36	23,98	Jaskra		ryczałt	8,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
499	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	46,00	49,68	52,66	64,16	64,16	Jaskra		ryczałt	8,00
500	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,23	16,45	17,43	23,90	23,90	Jaskra		ryczałt	3,20
501	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	45,70	49,36	52,32	63,82	63,82	Jaskra		ryczałt	8,00
502	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990974641	2026-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	20,90	22,57	23,92	30,39	23,98	Jaskra		ryczałt	9,61
503	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,50	23,22	24,61	31,08	23,98	Jaskra		ryczałt	10,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
504	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,88	24,71	26,19	32,66	23,98	Jaskra		ryczałt	11,88
505	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	23,98	Jaskra		ryczałt	9,73
506	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	59,55	64,31	68,17	79,67	71,95	Jaskra		ryczałt	15,72
507	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	258,74	279,44	296,20	317,40	317,40	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
508	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	241,49	260,81	276,46	297,11	297,11	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
509	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990211913	2025-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,20	13,18	13,96	18,90	18,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
510	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,20	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
511	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,20	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,25
512	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2023-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	69,48	81,86	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,42
513	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2023-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	69,48	81,86	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,71
514	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,21	66,21	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
515	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,21	66,21	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
516	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
517	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
518	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
519	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2026-01-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
520	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,04	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	31,93
521	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,04	22,31	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	35,42
522	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	76,55	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,26
523	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	76,55	44,62	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	45,32
524	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	64,48	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,19
525	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	64,48	44,62	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	33,25
526	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2024-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,26
527	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	30,09
528	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	2024-10-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	25,36	13,39	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,17
529	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	25,36	13,39	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	15,99
530	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	91,76	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	44,61
531	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	91,76	53,55	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	54,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
532	Budesonidum	Budesonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	2024-10-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,26
533	Budesonidum	Budesonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	30,09
534	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	47,75	51,57	54,67	64,20	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,91
535	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	47,75	51,57	54,67	64,20	44,62	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	32,97
536	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2025-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
537	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2025-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
538	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2025-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
539	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2025-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,54
540	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,11	407,11	<1>Indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, aktywnej postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające	<1>postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi; <2>indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywnej postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające; indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywnej postacią choroby Leśniowskiego-Crohna z zajęciem jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
541	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	2025-10-01	3 lata	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,11	407,11	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	122,13
542	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	305,00	329,40	349,16	371,81	371,81	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56
543	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	2024-10-01	2 lata	11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku	1523,33	1645,20	1743,91	1796,64	1796,64	Leczenie eozynofilowego zapalenia przełyku (ang. eosinophilic esophagitis, EoE) u pacjentów uprzednio leczonych inhibitorami pompy protonowej (IPP) – leczenie indukcyjne, do 12 tygodni (warunkiem wdrożenia leczenia jest udokumentowanie wykonania badania endoskopowego z pobraniem do oceny histopatologicznej co najmniej 6 wycinków błony śluzowej z proksymalnej i dystalnej części przełyku, z potwierdzeniem EoE poprzez obecność równej lub większej od 15 liczby eozynofili w dużym powiększeniu)		ryczałt	4,80
544	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925	2026-01-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,21	66,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
545	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925	2026-01-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,21	66,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
546	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
547	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
548	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
549	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,54
550	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
551	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
552	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,62	81,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
553	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,62	81,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
554	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	2025-04-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,30	52,16	55,30	66,27	66,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,26
555	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	2025-04-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,30	52,16	55,30	66,27	66,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,26
556	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	2025-04-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
557	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	2025-04-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
558	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	2025-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
559	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	2025-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
560	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991233099	2025-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	81,01	81,01	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
561	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991233099	2025-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	81,01	81,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,30
562	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 200 daw.	05909990677313	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,17
563	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 200 daw.	05909990677313	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	x	wirusowe zapalenie krtań u dzieci do 18 roku życia	30%	24,66
564	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 100 daw.	05909990677412	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,17
565	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 100 daw.	05909990677412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	x	wirusowe zapalenie krtań u dzieci do 18 roku życia	30%	24,66
566	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	44,00	47,52	50,37	59,99	46,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
567	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	84,00	90,72	96,16	109,78	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,09
568	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	2025-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,00	91,80	97,31	110,93	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,24
569	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufofix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,95	107,95	114,43	128,05	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,36
570	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufofix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	87,12	94,09	99,74	113,36	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,67
571	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufofix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971	2025-10-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	105,00	113,40	120,20	134,19	108,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,33
572	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	94,00	101,52	107,61	121,23	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,54
573	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,23	92,05	97,57	111,19	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,50
574	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	41,99	45,35	48,07	57,69	46,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,94
575	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	83,99	90,71	96,15	109,77	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
576	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	84,99	91,79	97,30	110,92	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,23
577	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	100,02	108,02	114,50	128,12	93,89	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	62,40
578	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,50	107,46	113,91	127,53	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,84
579	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909990873241	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	99,50	107,46	113,91	127,53	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,84
580	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	55,34	59,77	63,35	73,34	54,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,51
581	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,19
582	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
583	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,19
584	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
585	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	56,83	55,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,02
586	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	56,83	55,01	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
587	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	82,51	82,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
588	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	82,51	82,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
589	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	107,54	107,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
590	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	107,54	107,54	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
591	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	54,39	58,74	62,26	73,94	73,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,80
592	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	54,39	58,74	62,26	73,94	73,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,60
593	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,58	88,11	93,39	107,51	107,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
594	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,58	88,11	93,39	107,51	107,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
595	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	108,78	117,48	124,53	140,21	140,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
596	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	2026-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	108,78	117,48	124,53	140,21	140,21	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
597	Buprenorphinum	Transec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	44,83	48,42	51,32	61,44	55,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,63
598	Buprenorphinum	Transec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	44,83	48,42	51,32	61,44	55,01	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,43
599	Buprenorphinum	Transec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,31	82,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
600	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,31	82,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,80
601	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	87,50	94,50	100,17	114,29	110,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,48
602	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	87,50	94,50	100,17	114,29	110,01	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,28
603	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	2025-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwłękowe - buspiron	25,00	27,00	28,62	36,36	36,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,91
604	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	2025-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwłękowe - buspiron	14,00	15,12	16,03	21,06	18,18	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,33
605	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2026-01-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	170,00	183,60	194,62	213,02	213,02	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
606	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,68	40,69	43,14	52,90	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,87
607	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	86,28	100,04	100,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,01
608	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	48,94	52,86	56,03	65,79	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,76
609	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	97,88	105,71	112,05	125,81	105,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,75
610	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	43,74	47,24	50,07	59,83	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,80
611	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosome, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	2025-07-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,45	40,45	42,88	52,64	52,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
612	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	2025-07-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	74,90	80,89	85,74	99,50	99,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,85
613	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	134,38	145,13	153,84	167,60	105,80	Leczenie miejscowe łuszczyicy zwyczajnej u dorosłych		30%	93,54
614	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	86,28	100,04	100,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,01
615	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	87,50	94,50	100,17	113,93	105,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,87
616	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816	2025-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcitriol	35,50	38,34	40,64	50,15	47,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,97
617	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823	2025-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcitriol	71,00	76,68	81,28	94,79	94,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,44
618	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2024-04-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,40	135,43	143,55	159,82	152,65	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5% oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	52,97
619	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,54
620	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,75	14,85	15,75	21,21	21,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
621	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,90	15,01	15,91	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
622	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
623	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	22,35	22,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,71
624	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,50	29,70	31,48	39,74	39,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,92
625	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
626	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,92	37,71	39,98	48,24	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,14
627	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,54
628	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,50	29,70	31,48	39,74	39,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,92
629	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
630	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
631	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,47	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
632	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,90	31,21	33,08	41,69	41,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,51
633	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,60	31,97	33,89	42,50	42,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,75
634	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
635	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,46	18,86	19,99	25,45	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,40
636	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	16,48	22,23	22,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,67
637	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,80	31,10	32,97	41,58	41,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,47
638	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,20	7,78	8,32	11,78	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,72
639	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,56
640	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,34	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,82
641	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,67	21,24	22,52	27,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,93
642	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,40	31,75	33,65	42,26	42,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
643	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,40	31,75	33,65	42,26	42,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,68
644	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	10,62	11,25	14,51	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,99
645	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
646	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
647	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
648	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
649	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,35
650	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,62	23,04	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,74
651	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,18	69,11	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
652	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,62	23,04	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,74
653	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,18	69,11	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,22
654	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,40	11,52	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,41
655	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,11	34,55	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,44
656	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,40	11,52	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,41
657	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,11	34,55	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,44
658	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,34	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,29
659	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,34	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
660	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,81	8,43	8,97	12,23	10,75	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,71
661	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	16,31	17,29	23,04	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,91
662	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,54
663	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,54
664	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,60	20,09	21,30	26,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,71
665	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,92	37,71	39,98	48,24	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,14
666	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,30	10,04	10,65	13,91	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,39
667	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,46	18,86	19,99	25,45	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,40
668	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	08595566454555	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	20,91	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,27
669	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	08595566454630	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	29,16	30,91	39,17	39,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
670	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,25	29,43	31,20	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
671	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,25	29,43	31,20	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
672	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,60	37,37	39,61	48,22	46,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,97
673	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
674	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,41	33,92	35,95	44,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,11
675	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
676	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990772209	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,91	38,78	41,10	49,36	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,26
677	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990772230	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,91	38,78	41,10	49,36	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,26
678	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990772179	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,96	19,40	20,56	26,02	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,97
679	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	26,89	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
680	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,81	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
681	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,81	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,71
682	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,04
683	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,90	17,17	18,20	23,66	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,61
684	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
685	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
686	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,58	21,15	22,41	27,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,82
687	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,16	42,29	44,83	53,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,99
688	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,80	60,26	63,88	74,14	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,99
689	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,16	42,29	44,83	53,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,99
690	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,16	42,29	44,83	53,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,99
691	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	13,74	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
692	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,58	21,15	22,41	27,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,82
693	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	31,94	39,00	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,43
694	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,61
695	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01	3 lata	159,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,89
696	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,94
697	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2024-04-01	3 lata	159,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,06
698	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	16,02	19,39	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,06
699	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2024-04-01	3 lata	159,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	16,02	19,39	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	7,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
700	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	19,22	23,18	13,69	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,42
701	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	19,22	23,18	13,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,54
702	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	32,03	37,66	22,81	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,25
703	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	32,03	37,66	22,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	13,37
704	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	12,53	17,11	17,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
705	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	12,53	17,11	17,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
706	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	25,05	32,26	32,26	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
707	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	25,05	32,26	32,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
708	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,71	8,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,31
709	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2025-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,71	8,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,11
710	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	21,49	21,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
711	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2025-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	21,49	21,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
712	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,67	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,46
713	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,67	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,26
714	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,39	13,69	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,90
715	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,39	13,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
716	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056	<1>2026-01-01/<2>2025-07-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - karpiprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
717	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	<1>2026-01-01/<2>2025-07-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - karpiprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
718	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230	<1>2026-01-01/<2>2025-07-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - karpiprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
719	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990570430	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,03	7,59	8,13	9,66	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,59
720	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,45	10,21	10,82	13,43	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,29
721	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990570454	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,72	6,18	6,72	7,71	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,18
722	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt.	05909990074099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	9,39	9,95	11,48	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,57
723	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,99	11,87	12,58	15,19	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
724	Carvedilolom	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,22	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,02
725	Carvedilolom	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,45	8,05	8,59	10,12	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,05
726	Carvedilolom	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,90	10,69	11,33	13,94	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,80
727	Carvedilolom	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,70	6,16	6,70	7,69	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,16
728	Carvedilolom	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	9,96	11,49	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,58
729	Carvedilolom	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	15,20	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,15
730	Carvedilolom	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,68	7,21	7,75	8,47	1,10	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,93
731	Carvedilolom	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,22	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,02
732	Carvedilolom	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,12	6,61	7,15	8,14	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,61
733	Carvedilolom	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,10	8,75	9,29	10,82	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,75
734	Carvedilolom	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	14,06	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
735	Carvedilolom	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,25	6,75	7,29	8,01	1,10	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,24
736	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,68	9,37	9,94	11,47	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,40
737	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,36	18,75	19,87	22,48	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	16,34
738	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,98	11,86	12,57	15,18	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,04
739	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	21,96	23,72	25,14	29,67	17,54	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	17,39
740	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,00	6,48	7,02	8,01	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,48
741	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,00	12,96	13,74	15,27	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,20
742	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428	2025-01-01	3 lata	90,3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	26,76	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,41
743	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411	2025-01-01	3 lata	90,3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	16,60	21,14	15,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,38
744	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527	2025-01-01	3 lata	90,3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	39,27	47,67	41,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,97
745	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510	2025-01-01	3 lata	90,3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	40,36	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
746	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	49,23	59,63	59,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,82
747	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	36,00	38,88	41,21	50,23	46,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,94
748	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,78	19,20	20,36	24,60	13,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,73
749	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,70	25,60	27,13	32,30	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,14
750	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,15	35,80	37,95	44,53	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,71
751	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,50	38,34	40,64	47,44	27,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,70
752	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	12,14	13,11	13,90	18,83	18,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,48
753	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,90	4,21	4,75	6,01	3,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,00
754	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,78	6,24	6,78	8,85	6,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,14
755	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	6,60	7,13	7,67	10,55	9,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,26
756	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,49	24,29	25,75	30,92	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
757	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,79	31,09	32,96	39,54	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,05
758	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,44	32,88	34,85	42,76	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,00
759	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,79	40,81	43,26	52,88	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,52
760	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	13,82	14,66	19,83	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,67
761	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,07	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,25
762	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,21	26,15	27,71	35,62	35,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,81
763	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,66	38,51	40,82	50,44	50,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,22
764	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,89	24,72	26,20	34,11	34,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,06
765	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,05	34,61	36,69	46,31	46,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,16
766	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	37,00	37,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
767	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,38	14,45	15,31	20,89	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
768	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,55	12,47	13,22	18,39	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,23
769	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	26,16	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,34
770	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,20	25,06	26,56	34,47	34,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,24
771	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	49,96	53,96	57,20	69,25	69,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,63
772	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	37,00	37,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
773	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991263386	2025-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,45	24,25	25,70	33,61	33,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,81
774	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991263409	2025-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,60	38,45	40,76	50,38	50,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,19
775	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,00	49,68	52,66	64,06	64,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,03
776	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	19,81	26,39	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,57
777	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,90	29,05	30,79	38,70	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,38
778	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2024-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,80	37,58	39,84	49,46	49,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
779	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,00	14,04	14,88	20,05	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,89
780	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,20	19,66	20,83	27,41	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
781	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,67	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,35
782	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,29	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,65
783	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991526108	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	52,22	52,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,11
784	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,80	39,74	42,13	52,34	52,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,17
785	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991526115	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,35	19,82	21,01	28,03	28,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,02
786	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,40	19,87	21,06	28,08	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,04
787	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,16	9,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,58
788	Cefuroxim	Zinnat, granulak do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,80	28,94	30,68	39,08	39,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,54
789	Cefuroxim	Zinnat, granulak do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,40	14,47	15,34	20,92	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
790	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,45	16,69	17,69	22,86	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,70
791	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	28,83	31,14	33,00	41,40	41,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,70
792	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,96	24,80	26,29	34,20	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,10
793	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	34,81	34,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,41
794	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
795	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
796	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	32,28	40,19	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,87
797	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,90	34,45	36,51	46,13	46,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,07
798	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	34,72	36,81	46,43	46,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,22
799	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,29	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,65
800	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	19,91	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
801	Cefuroxim	Zinox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,28	27,30	28,94	36,85	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,53
802	Cefuroxim	Zinox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2026-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,25	36,99	39,21	48,83	48,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,42
803	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
804	Cenobamate	Ontozry, tabl.; tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
805	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
806	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
807	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
808	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,86	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	2,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
809	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,28	10,02	10,63	14,64	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,20
810	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,46	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,94
811	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,45	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,93
812	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,29	6,79	7,33	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	2,88
813	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2026-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	18,27	18,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,93
814	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,95	19,39	20,55	27,07	27,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,31
815	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,57	7,10	7,64	10,48	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,84
816	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,68	8,29	8,83	11,44	8,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,53
817	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,45	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,48
818	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,90	11,77	12,47	18,03	18,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,41
819	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,40	12,31	13,05	18,61	18,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
820	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2024-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	79,40	85,75	90,89	104,52	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024-2028		50%	55,92
821	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2026-01-01	3 lata	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	68,00	73,44	77,85	91,09	91,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
822	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	192.0, Leki przeciwnalaryczne - chlorochina	13,15	14,20	15,06	20,28	20,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna	30%	6,08
823	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,96	6,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,20
824	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,96	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,01
825	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,91	20,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	2,88
826	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2025-10-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,91	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,64
827	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	8,53	10,61	6,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
828	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	8,53	10,61	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,22
829	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,70	15,88	16,83	22,17	20,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	4,46
830	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,70	15,88	16,83	22,17	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
831	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	18.2, Witamina D i jej metabolity - colekalcyferol i kalfedydiol	6,00	6,48	7,02	9,93	9,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	2,88
832	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	114,00	123,12	130,51	144,85	107,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	50,55
833	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	72,75	78,57	83,29	93,63	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	46,48
834	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	85,50	92,34	97,88	112,22	107,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,92
835	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	171,00	184,68	195,76	214,19	214,19	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,60
836	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,54	271,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonych krwinek; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
837	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,67	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,85
838	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	136,03	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
839	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,54	271,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
840	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,00	267,84	283,91	304,78	304,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
841	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,50	268,38	284,48	305,35	305,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
842	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	256,50	277,02	293,64	314,51	305,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,36
843	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,67	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,85
844	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	136,03	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
845	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	2025-01-01	2 lata	257.0, Cyklosporyna	322,00	347,76	368,63	391,82	391,82	Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez		30%	117,55

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
846	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,26	46,72	49,53	57,32	32,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	27,87
847	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	226,86	245,01	259,71	279,39	272,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,53
848	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	284,54	307,30	325,74	346,61	305,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	44,46
849	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,66	61,19	64,86	76,34	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
850	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,13	122,18	129,51	144,99	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórca aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,16
851	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	11,92	2,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,73
852	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	16,59	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,46
853	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,39	22,02	23,34	26,75	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,13
854	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,70	5,08	5,62	7,55	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,58
855	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,25	7,83	8,37	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,90
856	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,99	5,39	5,93	7,86	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
857	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,35	7,94	8,48	11,90	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,36
858	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,50	8,10	8,64	12,06	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,11
859	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,68	11,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
860	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,55	14,63	15,51	20,76	20,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,38
861	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	28,50	28,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,25
862	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	51,60	51,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,80
863	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	20,70	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,35
864	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,25	18,63	19,75	27,76	27,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,88
865	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	28,39	38,18	38,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,09
866	Clarithromycinum	Klabax EC, granulatu do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,90	28,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,45
867	Clarithromycinum	Klabax EC, granulatu do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,28	12,18	12,92	18,30	18,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
868	Clarithromycinum	Klabax EC, granulatu do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	43,50	54,19	54,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,10
869	Clarithromycinum	Klabax EC, granulatu do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,80	24,62	26,10	34,26	34,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,13
870	Clarithromycinum	Klacid, granulatu do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,20	28,30	29,99	37,37	34,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
871	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,98	19,42	20,58	25,96	20,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,63
872	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,95	11,83	12,54	16,71	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,20
873	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,33	16,56	17,55	22,80	21,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,28
874	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	42,58	45,99	48,74	59,43	59,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,72
875	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	32,96	35,60	37,74	45,90	41,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,25
876	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,66	33,11	35,10	43,11	42,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,07
877	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	30,91	30,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,91
878	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	35,43	35,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,95
879	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,58	20,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,48
880	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,12	22,81	24,18	31,24	30,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,10
881	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	30,30	32,12	40,39	40,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
882	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,80	57,02	60,45	71,92	71,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,96
883	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	22,73	24,09	31,15	30,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,01
884	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,04	7,60	8,14	11,40	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,35
885	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,58	20,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,48
886	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,35	6,86	7,40	9,26	5,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,74
887	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2025-07-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	19,21	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,61
888	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	2025-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	23,00	24,84	26,33	33,73	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
889	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928	2025-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,32	16,55	17,54	22,25	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,90
890	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,40	6,91	7,45	9,17	4,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,90
891	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,10	10,91	11,57	15,21	12,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,80
892	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	15,90	17,17	18,20	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
893	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	13,80	14,90	15,80	19,02	9,95	Padaczka		ryczałt	10,43
894	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	27,60	29,81	31,60	39,79	39,79	Padaczka		ryczałt	2,72

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
895	Clonidini hydrochloridum	Iporel, tabl., 0,075 mg	50 szt.	05909990282814	2025-04-01	2 lata	35.0, Leki antyadrenergiczne działające ośrodkowo - klonidyna	17,70	19,12	20,26	26,75	26,75	Nadciśnienie tętnicze		30%	7,23
896	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,46	3,74	4,28	9,51	9,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,85
897	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991448318	2024-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,50	14,58	15,45	22,01	22,01	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,60
898	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2025-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,90	15,01	15,91	22,47	22,47	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,74
899	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2026-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,90	15,01	15,91	22,47	22,47	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,74

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
900	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	16,99	18,35	19,45	26,01	26,01	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,80
901	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2024-04-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	24,88	26,87	28,48	35,04	27,29	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	14,35
902	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	17,45	18,85	19,98	26,54	26,54	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,96
903	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991492205	2023-11-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	12,98	14,02	14,86	21,42	21,42	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom		30%	6,43

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
904	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2024-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,45	14,53	15,40	21,96	21,96	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,59
905	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2024-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	14,90	16,09	17,05	23,61	23,61	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,08
906	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	14,45	15,61	16,55	23,11	23,11	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,93
907	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2025-04-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	14,45	15,61	16,55	23,11	23,11	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,93

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
908	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990762729	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	18,10	19,55	20,73	27,29	27,29	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,19
909	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2024-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,00	14,04	14,88	21,44	21,44	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,43
910	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2026-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	13,00	14,04	14,88	21,44	21,44	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,43
911	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne – klopidogrel i tikagrelor	14,56	15,72	16,66	23,22	23,22	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,97
912	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2024-04-01	3 lata	89.6. Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	28,00	30,24	32,05	40,31	40,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
913	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	2025-04-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	48,03	42,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,45
914	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2024-04-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,92	19,35	20,52	25,73	21,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,44
915	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2024-04-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	4,84	5,38	7,14	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,82
916	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	2025-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	24,84	26,33	31,54	21,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,25
917	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	2025-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,75	6,21	6,75	8,51	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,19
918	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskieneza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	2,72
919	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412	2025-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	39,95	43,15	45,74	55,76	55,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,88
920	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	2024-07-01	2 lata	241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa	3417,00	3690,36	3852,36	3947,26	3947,26	Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci (od 2 roku życia), młodzieży oraz dorosłych chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
921	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909997077482	2026-01-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1311,72	1360,34	1360,34	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
922	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909997077499	2026-01-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1311,72	1360,34	1360,34	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
923	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2024-04-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	8,10	8,75	9,29	12,99	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
924	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1> <2>2025-07-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>2 lata 9 miesięcy/<3>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,82	89,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc	ryczałt	3,20
925	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-04-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,82	89,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
926	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05021691005193	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	27,00	29,16	30,91	39,00	36,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,67
927	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05021691005124	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	67,50	72,90	77,27	90,45	90,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,14
928	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2024-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,30	7,88	8,42	10,87	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,52
929	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990222216	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,50	8,10	8,64	11,09	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
930	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990222230	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	22,50	24,30	25,76	31,50	22,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,46
931	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Efluelda Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,7 ml z igłą	05909991435875	2024-10-01	2 lata	247.2, Szczepionki przeciw grypie - wysokodawkowe	128,11	138,36	146,66	163,44	163,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	81,72
932	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Vaxigrip Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. z igłą	05909991302108	2026-01-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	38,00	41,04	43,50	53,26	52,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
933	Dabigatranum etexilatam	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991508760	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,70	38,56	40,87	48,91	36,55	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	23,33
934	Dabigatranum etexilatam	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991508791	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,68	52,57	55,73	65,35	49,84	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	30,46
935	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,15	35,80	37,95	43,22	18,27	Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	28,15
936	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,15	35,80	37,95	43,22	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	30,43
937	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	<1><2>2024-04-01/<3>2025-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,00	42,12	44,65	52,69	36,55	<1>Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	19,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
938	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	0383898761844	<1><2>2024-04-01/<3>2025-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,00	42,12	44,65	52,69	36,55	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <3> Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	27,11
939	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	0383898761806	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,20	48,82	51,74	58,32	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	40,88
940	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	0383898761851	<1>2024-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,50	53,46	56,67	66,29	49,84	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	31,40
941	Dabigatranum etexilatam	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,14	35,79	37,94	43,21	18,27	Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	28,14
942	Dabigatranum etexilatam	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,14	35,79	37,94	43,21	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	30,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
943	Dabigatranum etexilatium	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991507756	2025-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,69	38,55	40,86	48,90	36,55	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa \geq II wg NYHA)		30%	23,32
944	Dabigatranum etexilatium	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,19	48,81	51,73	58,31	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	40,87
945	Dabigatranum etexilatium	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991507800	2025-04-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,67	52,56	55,72	65,34	49,84	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa \geq II wg NYHA)		30%	30,45
946	Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	2023-03-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	106,50	115,02	121,92	127,19	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	114,40
947	Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2023-03-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	106,50	115,02	121,92	128,50	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	111,06
948	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,22	35,88	38,03	43,30	18,27	Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	28,23
949	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,22	35,88	38,03	43,30	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	30,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
950	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05907594033269	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	51,90	56,05	59,41	67,45	36,55	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa \geq II wg NYHA)		30%	41,87
951	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	<1>2023-11-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	212,32	229,31	243,06	258,76	149,51	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa \geq II wg NYHA)		30%	154,10
952	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	2023-11-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,30	48,92	51,86	58,44	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	41,00
953	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05907594033290	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	60,00	64,80	68,69	78,31	49,84	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa \geq II wg NYHA)		30%	43,42
954	Dabigatranum etexilatium	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,69	38,55	40,86	48,90	36,55	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	15,55

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
955	Dabigatranum etexilatam	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	35,69	38,55	40,86	48,90	36,55	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <3>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	23,32
956	Dabigatranum etexilatam	Wasedoc, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991495374	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,66	52,55	55,71	65,33	49,84	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	30,44
957	Danazolom	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	190,00	205,20	217,51	236,54	236,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
958	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	2025-10-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	119,13	128,66	136,38	152,65	152,65	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq 40\%$) lub - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF $> 40\%$); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR < 60 ml/min/1.73m ² , albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniami do tych terapii.		30%	45,80
959	Deferasiroxum	Exferana, tabl. powł., 180 mg	30 szt.	05901812161796	2025-10-01	2 lata	273.0, Leki chelatujące żelazo	175,00	189,00	200,34	218,90	212,38	Leczenie przewlekłego obciążenia żelazem spowodowanego transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoxaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie, w następujących grupach pacjentów: - u dzieci z ciężką postacią talasemii beta z obciążeniem żelazem w wyniku częstych transfuzji krwi (≥ 7 ml/kg mc. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) w wieku od 2 do 5 lat, - u dorosłych, dzieci i młodzieży z ciężką postacią talasemii beta z obciążeniem żelazem w wyniku nieczęstych transfuzji krwi (< 7 ml/kg mc. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) w wieku 2 lat i starszych, - u dorosłych, dzieci i młodzieży z innymi rodzajami niedokrwistości w wieku 2 lat i starszych.		ryczałt	9,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
960	Deferasiroxum	Exferana, tabl. powł., 360 mg	30 szt.	05901812161833	2025-10-01	2 lata	273.0, Leki chelatujące żelazo	350,00	378,00	400,68	424,75	424,75	Leczenie przewlekłego obciążenia żelazem spowodowanego transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoxaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie, w następujących grupach pacjentów: - u dzieci z ciężką postacią talasemii beta z obciążeniem żelazem w wyniku częstych transfuzji krwi (≥ 7 ml/kg mc. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) w wieku od 2 do 5 lat, - u dorosłych, dzieci i młodzieży z ciężką postacią talasemii beta z obciążeniem żelazem w wyniku nieczęstych transfuzji krwi (< 7 ml/kg mc. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) w wieku 2 lat i starszych, - u dorosłych, dzieci i młodzieży z innymi rodzajami niedokrwistości w wieku 2 lat i starszych.		ryczałt	3,20
961	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	2025-10-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	1104,00	1192,32	1263,86	1306,68	1306,68	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
962	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp.-strz. rozp.	05909990774852	2025-10-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	368,00	397,44	421,29	445,78	440,42	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	8,56
963	Denosumabum	Izamby, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08436596260207	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	260,00	280,80	297,65	318,89	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	95,67

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
964	Denosumabum	Junod, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05997001330906	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	280,00	302,40	320,54	341,78	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	118,56
965	Denosumabum	Osvyrti, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05056842801362	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	310,00	334,80	354,89	376,13	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	152,91
966	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2023-05-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	525,14	567,15	601,18	622,42	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	399,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
967	Denosumabum	Stoboclo, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05996537043021	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	362,00	390,96	414,42	435,66	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	212,44
968	Denosumabum	Zadenvi, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08594739318274	2026-01-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	350,00	378,00	400,68	421,92	318,89	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	198,70
969	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,58	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,61
970	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,34	31,69	33,59	41,64	41,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,49
971	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	2025-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,62	9,31	9,87	13,78	13,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,33
972	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2025-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,93	9,64	10,23	14,24	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
973	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2023-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,45	27,49	29,14	37,19	37,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,16
974	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	2024-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	18,50	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,01
975	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,58	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,05
976	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921	2025-01-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,78	11,64	12,34	16,88	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
977	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2025-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	13,74	13,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,12
978	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2025-10-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	25,41	25,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,62
979	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2024-04-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	20,57	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
980	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	7,05	7,59	9,83	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,85
981	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,05	14,09	14,94	18,95	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,98
982	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	25,98	25,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,79
983	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,01	27,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
984	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	37,24	37,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,17
985	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2023-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,75	27,81	29,48	37,53	37,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,26
986	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	2025-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	104,00	112,32	119,06	134,46	134,46	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
987	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	104,00	112,32	119,06	134,46	134,46	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	40,34
988	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	2025-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	52,00	56,16	59,53	70,93	67,23	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	6,90
989	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	52,00	56,16	59,53	70,93	67,23	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	23,87
990	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	182,54	134,46	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	51,28
991	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	182,54	134,46	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	88,42
992	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	368,44	268,92	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	105,92
993	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	368,44	268,92	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	180,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
994	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	94,97	67,23	Moczołka prosta przysadkowa		ryczałt	30,94
995	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	94,97	67,23	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zageszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zageszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	47,91
996	Dexamethasonum	Demezón, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	21,50	23,22	24,61	32,05	28,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,64
997	Dexamethasonum	Demezón, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	43,00	46,44	49,23	59,99	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,47
998	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	232,10	250,67	265,71	286,07	286,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
999	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,42	50,13	53,15	63,91	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	12,39
1000	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	464,20	501,34	531,41	559,07	559,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	56,89
1001	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	92,84	100,27	106,28	121,04	114,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	17,99
1002	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	11,50	12,42	13,17	17,94	14,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,84
1003	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,00	49,68	52,66	63,42	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1004	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	15,60	16,85	17,86	22,63	14,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,38
1005	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,94	252,66	267,82	288,18	286,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,49
1006	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,79	50,53	53,57	64,33	57,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,53
1007	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	7,80	8,42	8,96	11,73	7,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,00
1008	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,58	101,07	107,13	121,89	114,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,96
1009	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwłękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	24,19	26,13	27,69	33,18	20,29	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,48
1010	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwłękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	28,20	30,46	32,28	40,57	40,57	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	2,88
1011	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909990145317	2025-01-01	3 lata	210.0, Niesteroიდowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	6,95	7,51	8,05	11,31	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,76
1012	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroიდowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	17,97	23,91	23,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,96
1013	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990457137	2026-01-01	3 lata	141.1, Niesteroიდowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	32,88	32,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1014	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml	05909990074044	2025-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	14,00	15,12	16,03	21,49	21,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1015	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stale postaci farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	15,73	11,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,75
1016	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stale postaci farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	11,33	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,42
1017	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	2025-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,30	5,72	6,26	8,90	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,45
1018	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stale postaci farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,70	11,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,72
1019	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2025-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	8,60	9,29	9,85	12,49	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,04
1020	Dienogestum	Aridya, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2024-07-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	26,50	28,62	30,34	38,55	38,55	Endometrioza		ryczałt	3,20
1021	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2026-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,70	29,92	31,71	39,92	39,92	Endometrioza		ryczałt	3,20
1022	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,70	29,92	31,71	39,92	39,92	Endometrioza		ryczałt	3,20
1023	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	83,10	89,75	95,14	109,35	109,35	Endometrioza		ryczałt	8,96
1024	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,69	32,07	33,99	42,20	39,92	Endometrioza		ryczałt	5,48
1025	Dienogestum	Symdieno, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,50	29,70	31,48	39,69	39,69	Endometrioza		ryczałt	3,20
1026	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,90	27,97	29,65	37,86	37,86	Endometrioza		ryczałt	3,20
1027	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,53	44,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1028	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,53	44,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1029	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,39	65,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,62
1030	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,39	65,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1031	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671	2025-07-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,00	183,60	194,62	213,02	208,67	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,55
1032	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	2025-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	194,73	213,13	208,67	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,66
1033	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	2025-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1034	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,35	33,86	35,89	43,80	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	15,69
1035	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	53,75	58,05	61,54	72,94	72,94	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	19,69
1036	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	80,62	87,07	92,30	106,21	106,21	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	28,67
1037	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,86	19,29	20,44	25,61	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,18
1038	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	25,90	27,97	29,65	37,56	37,56	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1039	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,00	29,16	30,91	38,82	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,45
1040	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,50	14,58	15,45	20,62	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,43
1041	Donepezili hydrochloridum	Donecil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,30	30,56	32,40	40,63	40,36	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,38
1042	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,00	28,08	29,76	37,67	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,17
1043	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,93	16,12	17,10	22,27	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,17
1044	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	21,75	23,49	24,90	32,81	32,81	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,84
1045	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	12,90	13,93	14,76	19,93	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,74
1046	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,50	28,62	30,34	38,25	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,88
1047	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,75	14,85	15,75	20,92	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1048	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	22,90	24,73	26,21	34,12	34,12	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,24
1049	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	11,70	12,64	13,39	18,56	18,56	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,57
1050	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,00	29,16	30,91	38,82	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,45
1051	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,01	20,53	21,76	26,93	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,74
1052	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,10	29,27	31,03	38,94	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,57
1053	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	17,47	18,87	20,00	25,17	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,98
1054	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,10	29,27	31,03	38,94	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,57
1055	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	17,47	18,87	20,00	25,17	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,98
1056	Domasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	05909990375813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	205.2, Leki mukolityczne - domasum alfa	2050,00	2214,00	2346,84	2411,63	2411,63	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1057	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,23	14,29	15,14	19,95	15,99	Jaskra		ryczałt	7,16
1058	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,96	47,97	Jaskra		ryczałt	12,32
1059	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2025-10-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,90	17,17	18,20	23,01	15,99	Jaskra		ryczałt	10,22
1060	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,96	47,97	Jaskra		ryczałt	12,32
1061	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,75	18,09	19,18	23,99	15,99	Jaskra		ryczałt	11,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1062	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	40,50	43,74	46,36	55,84	47,97	Jaskra		ryczałt	13,20
1063	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,56	15,72	16,66	21,47	15,99	Jaskra		ryczałt	8,68
1064	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,08	14,13	14,97	19,78	15,99	Jaskra		ryczałt	6,99
1065	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,25	42,39	44,94	54,42	47,97	Jaskra		ryczałt	11,78
1066	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,70	24,52	25,98	32,45	23,98	Jaskra		ryczałt	11,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1067	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,58	18,99	20,12	26,59	23,98	Jaskra		ryczałt	5,81
1068	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,74	56,96	60,37	71,87	71,87	Jaskra		ryczałt	8,00
1069	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991067267	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	23,98	Jaskra		ryczałt	9,73
1070	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991067274	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	60,59	72,09	71,95	Jaskra		ryczałt	8,14
1071	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990746705	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,40	23,11	24,49	30,96	23,98	Jaskra		ryczałt	10,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1072	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,80	57,02	60,45	71,95	71,95	Jaskra		ryczałt	8,00
1073	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	20,02	26,49	23,98	Jaskra		ryczałt	5,71
1074	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,47	56,67	60,07	71,57	71,57	Jaskra		ryczałt	8,00
1075	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,57	4,94	5,48	8,43	8,43	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1076	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,57	4,94	5,48	8,43	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,53
1077	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,15	9,88	10,48	15,50	15,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1078	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,15	9,88	10,48	15,50	15,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1079	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	2025-07-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,20	5,62	6,16	9,11	9,11	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1080	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,20	5,62	6,16	9,11	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,73
1081	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	2025-07-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	11,90	16,92	16,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1082	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	11,90	16,92	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,08
1083	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	2025-07-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,46	45,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1084	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,46	45,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,64
1085	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2025-01-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,72	10,50	11,12	12,82	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,19
1086	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,72	10,50	11,12	12,82	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,44
1087	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2025-01-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	14,00	14,84	17,79	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1088	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	14,00	14,84	17,79	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,03
1089	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,14	20,67	21,91	26,93	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,82
1090	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,14	20,67	21,91	26,93	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,41
1091	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,97	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,75
1092	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,97	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,94
1093	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,80	19,22	20,38	25,40	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,29
1094	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,80	19,22	20,38	25,40	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,88
1095	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,00	41,04	43,50	51,24	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,02
1096	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,00	41,04	43,50	51,24	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	24,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1097	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,87	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,24
1098	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,87	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,49
1099	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,83	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,37
1100	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,83	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,07
1101	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
1102	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,39
1103	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,14	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,36
1104	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,14	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	8,78
1105	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	19,00	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1106	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	19,00	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
1107	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,84	71,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52
1108	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,84	71,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,39
1109	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,77
1110	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,10
1111	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,52
1112	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,11
1113	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2025-10-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	52,50	56,70	60,10	69,84	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	21,51
1114	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	52,50	56,70	60,10	69,84	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	29,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1115	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	14,66	17,61	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,15
1116	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	14,66	17,61	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,85
1117	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	27,00	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,89
1118	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	27,00	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,48
1119	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,92
1120	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,51
1121	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,42
1122	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,20
1123	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1124	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,62
1125	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2025-01-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,96	18,32	19,42	24,44	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,33
1126	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,96	18,32	19,42	24,44	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,92
1127	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2025-01-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,06	18,42	19,53	24,55	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,44
1128	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,06	18,42	19,53	24,55	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,03
1129	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2024-07-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,92	36,63	38,84	46,58	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,36
1130	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,92	36,63	38,84	46,58	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,55
1131	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2025-01-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,70	10,48	11,10	12,80	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,17
1132	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,70	10,48	11,10	12,80	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1133	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2025-01-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	17,26	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,80
1134	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	17,26	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,50
1135	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2025-01-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,06	17,34	18,38	23,40	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,29
1136	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,06	17,34	18,38	23,40	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,88
1137	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	0590999080267	2025-01-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	50,00	54,00	57,24	66,98	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,65
1138	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	0590999080267	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	50,00	54,00	57,24	66,98	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,43
1139	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497	2025-04-01	3 lata	87.0. Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	5,70	6,16	6,70	9,87	9,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,94
1140	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2024-07-01	3 lata	87.0. Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	6,70	7,24	7,78	10,95	10,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
1141	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2024-04-01	3 lata	87.0. Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	8,91	9,62	10,20	13,37	10,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1142	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1143	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1144	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1145	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,44	197,44	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m ² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomoc lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,23
1146	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,38	10,13	10,74	15,18	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,76
1147	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,76	20,26	21,48	28,51	28,51	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,55
1148	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,71	15,89	16,84	21,28	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,77
1149	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,75	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,92
1150	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,75	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,92
1151	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	58,94	63,66	67,48	77,71	59,53	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	32,44
1152	Duloxetine	Dulofo, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,85	10,64	11,28	15,72	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1153	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,70	21,28	22,55	29,58	29,58	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,87
1154	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,05	10,85	11,50	16,15	15,95	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,99
1155	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	30,30	30,30	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,09
1156	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,00	9,72	10,30	14,74	14,74	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,42
1157	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,00	19,44	20,61	27,64	27,64	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,29
1158	Duloxetine	Duloxetine Viatrix, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	16,01	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,59
1159	Duloxetine	Duloxetine Viatrix, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	30,15	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,31
1160	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	15,32	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,90
1161	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,78	28,78	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,63
1162	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,78	28,78	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,63
1163	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,00	41,04	43,50	53,73	53,73	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	16,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1164	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,50	11,34	12,02	16,46	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	6,04
1165	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	31,07	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,23
1166	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	43,55	43,55	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	13,07
1167	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,66	20,15	21,36	28,39	28,39	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,52
1168	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	31,07	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,23
1169	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,33	40,32	42,74	52,97	52,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,89
1170	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,00	45,36	48,08	58,31	58,31	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,49
1171	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	60,00	64,80	68,69	81,82	81,82	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	24,55
1172	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	36,06	44,88	44,65	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	13,63
1173	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	89,90	97,09	102,91	118,12	118,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,44
1174	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,29	40,27	42,69	52,92	52,92	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1175	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,35	10,10	10,70	15,14	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,72
1176	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,70	20,20	21,41	28,44	28,44	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,53
1177	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,97	30,21	32,02	40,84	40,84	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	12,25
1178	Duloxetine	Dutinox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,55	11,39	12,07	16,51	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	6,09
1179	Duloxetine	Dutinox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,05	22,73	24,09	31,12	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,28
1180	Duloxetine	Dutinox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,10	22,79	24,16	31,19	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,35
1181	Duloxetine	Dutinox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,10	45,47	48,20	58,43	58,43	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F40; F41; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,53
1182	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696	2025-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,43	22,06	23,39	30,24	26,75	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,52
1183	Dutasteridum	Davoster, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991318840	2025-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,05	16,25	17,23	24,08	24,08	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,22
1184	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,70	18,04	19,12	25,97	25,97	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,79
1185	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,09	16,30	17,28	24,13	24,13	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1186	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	45,27	48,89	51,83	64,08	64,08	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	19,22
1187	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	2025-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	21,00	22,68	24,04	31,10	28,26	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,32
1188	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	2025-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	63,00	68,04	72,12	84,78	84,78	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	25,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1189	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	2025-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	117,00	126,36	133,94	149,75	142,47	<p><1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość;</p> <p><2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq 40\%$) lub – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF $> 40\%$);</p> <p><3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z: – eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m² do < 45 ml/min/1,73 m², stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub – eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m² do < 90 ml/min/1,73 m² oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii.</p>		30%	50,02

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1190	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991138523	2025-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	250,71	270,77	287,01	307,56	305,30	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq 40\%$) lub – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF $> 40\%$); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z: – eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m ² do < 45 ml/min/1,73 m ² , stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub – eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m ² do < 90 ml/min/1,73 m ² oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii.		30%	93,85
1191	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,34	4,69	5,23	7,16	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,97
1192	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,53	9,21	9,76	13,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1193	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,03	8,67	9,21	12,62	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,42
1194	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,85	16,04	17,00	22,68	22,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,52
1195	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,69	2,91	3,45	4,64	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,18
1196	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,39	5,82	6,36	8,29	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,99

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1197	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	254,44	274,80	291,29	309,13	217,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	97,11

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1198	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	48,93	52,84	56,02	64,69	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,42

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1199	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	96,46	104,18	110,43	122,84	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	39,10

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1200	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	133,33	144,00	152,64	167,31	130,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	40,10

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1201	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	171,66	185,39	196,52	212,93	173,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	43,32

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1202	Enoxaparinum natrium	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	280,89	303,36	321,56	340,35	260,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	85,93

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1203	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	333,28	359,94	381,54	401,77	326,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	83,74

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1204	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	152,00	164,16	174,01	191,85	191,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1205	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	30,40	32,83	34,80	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1206	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	60,80	65,66	69,61	82,02	82,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1207	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	91,20	98,50	104,40	119,07	119,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1208	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	121,60	131,33	139,21	155,62	155,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1209	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	161,99	174,95	185,45	203,29	203,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1210	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	30,40	32,83	34,80	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1211	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	66,52	71,84	76,15	88,56	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,82

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1212	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	98,04	105,88	112,23	126,90	126,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1213	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	130,23	140,65	149,08	165,49	165,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1214	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	189,00	204,12	216,37	235,16	235,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1215	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	236,25	255,15	270,46	290,69	290,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,00
1216	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	53,25	57,51	60,97	71,52	63,13	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	8,39
1217	Epinephrinum	EpiPen Jr., roztwór do wstrzykiwań, 0,15 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	05909990613366	2025-07-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	207,60	224,21	237,66	255,61	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	157,52

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1218	Epinephrinum	EpiPen Senior, roztwór do wstrzykiwań, 0,3 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	05909990613373	2025-07-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	207,60	224,21	237,66	255,61	196,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	157,52
1219	Eplerenonum	Eleveon, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991017606	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1220	Eplerenonum	Eleveon, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991017675	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	30,52	32,96	34,94	44,40	44,40	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,32
1221	Eplerenonum	Eplencard, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991183646	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1222	Eplerenonum	Eplencard, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991183721	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	14,86
1223	Eplerenonum	Eplerenon Medical Valley, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991442316	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1224	Eplerenonum	Eplerenon Medical Valley, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991442392	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	30,00	32,40	34,34	43,80	43,80	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,14
1225	Eplerenonum	Eplerenon Medreg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991465308	2025-07-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	29,20	31,54	33,43	42,89	42,89	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	12,87
1226	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990971473	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	28,00	30,24	32,05	38,51	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	19,05
1227	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990971558	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,37
1228	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991014728	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	28,00	30,24	32,05	38,51	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	19,05
1229	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991014759	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,37
1230	Ergotamini tartaras	Ergotaminum Filofam, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2025-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,54	3,82	4,36	6,34	6,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,85
1231	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,65	6,10	6,64	9,35	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,20
1232	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1233	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,63	17,96	19,04	25,34	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,89
1234	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1235	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,60	24,41	25,88	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1236	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,30	35,96	38,12	47,39	47,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,70
1237	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,74	6,20	6,74	9,45	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,30
1238	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	2026-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,70	11,56	12,25	16,93	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,63
1239	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,48	12,40	13,14	17,82	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,52
1240	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	2026-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	21,40	23,11	24,49	31,82	31,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,91
1241	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	6,12	6,66	9,37	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,22
1242	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2024-10-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1243	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,97	18,33	19,43	25,73	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,28
1244	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,36	12,27	13,00	17,68	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,38
1245	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	2024-10-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,60	24,41	25,88	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,61
1246	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	38,86	48,13	48,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
1247	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2025-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	9,24	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,09
1248	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2025-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	17,39	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,09
1249	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powł., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	4,80	5,18	5,72	10,12	10,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
1250	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sas.	05909990447619	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,70	26,68	28,27	31,81	11,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1251	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,00	33,48	35,49	41,35	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,91
1252	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,30	11,12	11,79	16,19	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,86
1253	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,70	10,48	11,10	13,61	8,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,94
1254	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,00	35,64	37,78	45,76	40,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	17,57
1255	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	15,40	16,63	17,63	23,49	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,05
1256	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powł., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	34,20	36,94	39,15	43,55	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	32,22
1257	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powł., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2024-07-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,39	20,94	22,19	26,59	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,26
1258	Estradiolum + Norethisteroni acetat	Kliogest, tabl. powł., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,95	20,47	21,70	26,10	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,77
1259	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	28,98	31,30	33,18	39,04	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,60
1260	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,24	22,94	24,31	30,17	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,73
1261	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powł., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,60	21,17	22,44	26,84	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1262	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2023-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol	85,00	91,80	97,31	111,63	111,63	Gruźlica, w tym również gruźlica lekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1263	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2024-10-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,15	5,56	6,10	8,55	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
1264	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2025-04-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	14,50	15,66	16,60	22,34	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,70
1265	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,00	5,40	5,94	8,39	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
1266	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,00	16,20	17,17	22,91	22,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,87
1267	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,20	5,62	6,16	8,61	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,26
1268	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	2025-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	45,50	49,14	52,09	62,75	62,75	Padaczka		ryczałt	3,20
1269	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus	359,65	388,42	411,73	436,08	425,18	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	14,10
1270	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus	735,98	794,86	842,55	876,84	850,37	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	29,67
1271	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus	1077,08	1163,25	1233,04	1275,55	1275,55	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1272	Exemestanum	Glandex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990812202	<1>2025-07-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	<1>>3 lata/<2>>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,51	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii;<2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet w okresie naturalnego lub wywołanego leczeniem stanu po menopauzie, u których choroba uległa postępowi po zastosowaniu terapii antyestrogenowej;	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	24,48
1273	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,51	52,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	24,48
1274	Exemestanum	Symex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05905701070350	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,51	52,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	24,48
1275	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,35	9,02	9,56	13,37	13,37	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,01
1276	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	26,84	28,99	30,73	38,82	38,82	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	11,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1277	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,42	15,57	16,51	20,32	13,37	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	9,86
1278	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	2024-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,00	15,12	16,03	19,84	13,37	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	10,48
1279	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	2024-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,34	9,01	9,55	13,36	13,36	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1280	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	2024-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,00	9,72	10,30	14,33	14,33	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,30
1281	Ezetimibum	Lipegis, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990996902	2025-07-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,45	16,69	17,69	21,72	14,33	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	11,69
1282	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,66	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1283	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,66	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,07
1284	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,66	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,07
1285	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,25	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,22
1286	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,25	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

1287	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	2025-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,25	14,33	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,22
1288	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2024-04-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	9,10	9,83	10,42	14,30	12,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,08
1289	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2024-04-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	17,11	18,48	19,59	25,94	25,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
1290	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,65
1291	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,33
1292	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	36,45	39,37	41,73	47,03	21,04	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	32,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1293	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,50	42,66	45,22	52,13	31,57	<1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	36,35
1294	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,50	42,66	45,22	52,13	31,57	<2>Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,03
1295	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2025-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	26,59	28,72	30,45	35,75	21,04	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,02
1296	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	50,26	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	34,48
1297	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	50,26	31,57	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	28,16
1298	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391874	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,25	27,27	28,91	34,21	21,04	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	19,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1299	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,65
1300	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,33
1301	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,93	28,00	29,69	34,99	21,04	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	20,26
1302	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	2026-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,44	14,52	15,39	20,44	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,09
1303	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,83	20,34	21,56	27,81	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,99
1304	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	10,47	11,31	11,99	16,44	15,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,79
1305	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,87	13,90	14,73	19,78	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,79
1306	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,16	18,53	19,65	26,70	26,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,21
1307	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	49,54	49,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
1308	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	71,59	71,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,33
1309	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,57	13,58	14,39	19,44	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,48
1310	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	25,40	27,43	29,07	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1311	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	38,00	41,04	43,50	53,27	53,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,38
1312	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,78	18,12	19,21	25,46	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
1313	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	48,50	48,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,10
1314	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	70,15	70,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,95
1315	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	2025-01-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,20	17,50	18,54	23,59	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,24
1316	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2025-01-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,40	24,19	25,64	31,89	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,07
1317	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2025-01-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,70	18,04	19,12	24,17	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
1318	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2025-01-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,40	24,19	25,64	31,89	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,07
1319	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	2025-01-01	3 lata	197.1. Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	17,08	18,45	19,55	24,10	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,34
1320	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	201.1. Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	23,42	25,29	26,82	29,84	9,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	23,14
1321	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1. Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	24,88	26,87	28,48	33,60	19,79	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	19,75
1322	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	2025-07-01	2 lata	152.1. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,21	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1323	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	2025-07-01	2 lata	152.1. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,21	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1324	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	398,00	429,84	455,63	481,21	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1325	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05901878601007	2025-04-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1326	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2024-10-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1327	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05901878601014	2025-04-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1328	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2025-01-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1329	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2025-01-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,50	481,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
1330	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	201,00	217,08	230,10	250,49	250,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
1331	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	99,20	107,14	113,56	129,68	129,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1332	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	51,80	55,94	59,30	71,42	71,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1333	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	101,00	109,08	115,62	131,74	131,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1334	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	50,00	54,00	57,24	69,36	69,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1335	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	150,50	162,54	172,29	190,84	190,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,80
1336	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	74,05	79,97	84,77	99,22	99,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1337	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,98	770,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1338	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,98	770,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1339	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	322,50	348,30	369,20	392,38	392,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1340	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	102,00	110,16	116,77	132,89	132,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1341	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	12,60	13,61	14,43	19,88	18,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,22
1342	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	25,50	27,54	29,19	37,64	37,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1343	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	51,00	55,08	58,38	70,50	70,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1344	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	76,50	82,62	87,58	102,03	102,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1345	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	128,65	138,94	147,28	164,09	164,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1346	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	515,00	556,20	589,57	618,82	618,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1347	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	128,65	138,94	147,28	164,09	164,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1348	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	515,00	556,20	589,57	618,82	618,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1349	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,68	457,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1350	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,68	457,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1351	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,68	457,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1352	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,68	457,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1353	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1354	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1355	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1356	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1357	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1358	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,87	515,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
1359	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	52,60	56,81	60,22	68,25	32,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,47
1360	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	133,91	144,62	153,30	170,38	164,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,65
1361	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	192,35	207,74	220,20	239,12	230,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,41
1362	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	88,60	95,69	101,43	111,76	52,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	62,18
1363	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	223,10	240,95	255,41	275,17	263,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1364	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	317,92	343,35	363,96	386,41	369,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	20,16
1365	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	134,69	145,47	154,19	171,27	164,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	9,54
1366	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	213,25	230,31	244,13	263,89	263,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	3,20
1367	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,16	21,77	23,08	29,93	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,38
1368	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,48	65,32	69,24	81,49	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,84
1369	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,05	21,65	22,95	29,80	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,25
1370	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,38	22,01	23,33	30,18	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,63
1371	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,90	64,69	68,57	80,82	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,17
1372	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,96	18,32	19,42	26,27	26,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1373	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2025-04-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,96	21,56	22,85	29,70	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1374	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2025-04-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,88	64,67	68,55	80,80	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,15
1375	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990082391	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,85	20,36	21,58	28,43	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,88
1376	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991507879	2024-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,00	57,24	60,67	72,92	72,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1377	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2025-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	79,20	85,54	90,67	104,65	104,65	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52
1378	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991151218	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	22,11	23,44	30,29	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,74
1379	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2025-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,40	64,15	68,00	80,25	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,64
1380	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991214692	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,00	18,36	19,46	26,31	26,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1381	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991214753	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	51,00	55,08	58,38	70,63	70,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1382	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	13,50	14,58	15,45	22,30	22,30	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1383	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	40,49	43,73	46,35	58,60	58,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1384	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,95	20,47	21,70	28,55	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1385	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,90	20,41	21,63	28,25	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,48
1386	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,10	21,71	23,01	29,86	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,31
1387	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,50	21,06	22,32	29,17	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,62
1388	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	58,45	63,13	66,92	79,17	79,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1389	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2024-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,46	21,02	22,28	28,90	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,13
1390	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,34	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,79
1391	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871	2026-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,25	57,51	60,97	73,22	73,22	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1392	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2025-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,34	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,79
1393	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,45	19,93	21,12	27,74	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,97
1394	Finerenonum	Kerendia, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	04057598013536	2026-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	99,00	106,92	113,34	128,46	128,46	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	38,54
1395	Finerenonum	Kerendia, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	04057598013581	2026-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	99,00	106,92	113,34	128,46	128,46	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	38,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1396	Flecainidi acetat	Flecainide acetate Holsten, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991468132	2025-04-01	2 lata	30.1, Leki przeciwyrtmiczne klasy I C – flekainid	72,50	78,30	83,00	96,60	96,60	Zaburzenia rytmu serca		30%	28,98
1397	Flecainidi acetat	Flecainide acetate Holsten, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991468095	2025-04-01	2 lata	30.1, Leki przeciwyrtmiczne klasy I C – flekainid	52,00	56,16	59,53	69,13	48,30	Zaburzenia rytmu serca		30%	35,32
1398	Fluconazolom	Flucostat, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	72,79	78,61	83,33	95,31	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	51,03
1399	Fluconazolom	Flucostat, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,35	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,03
1400	Fluconazolom	Flucostat, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	6,41	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,91
1401	Fluconazolom	Flucostat, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,02	8,66	9,20	13,27	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,36
1402	Fluconazolom	Flucostat, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	56,39	60,90	64,55	76,53	76,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,44
1403	Fluconazolom	Flucostat, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	34,34	42,68	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,03
1404	Fluconazolom	Flucostat, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,35	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,03
1405	Fluconazolom	Flucostat, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,07	9,80	10,38	13,68	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,97
1406	Fluconazolom	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219	2025-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1407	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	47,00	50,76	53,81	65,79	65,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,90
1408	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	12,69	13,46	18,99	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,50
1409	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	35,24	35,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
1410	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	55,08	59,49	63,05	75,03	75,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,52
1411	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	16,15	21,68	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03
1412	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	16,15	21,68	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03
1413	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2026-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,05	7,61	8,15	11,45	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,63
1414	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798	2025-10-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
1415	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,44	67,44	71,49	83,47	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	40,37
1416	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	17,97	23,50	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,47
1417	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,33	3,60	4,14	5,81	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1418	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,52	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,39
1419	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,20	66,10	70,06	82,04	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,09
1420	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,61	33,06	35,05	43,39	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,67
1421	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	2024-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
1422	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,62	16,87	17,88	23,41	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,38
1423	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,27	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,71
1424	Fluconazolum	Fluconazolium Aflfarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	2025-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	35,24	35,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
1425	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	78,38	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,77
1426	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	16,60	22,13	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,48
1427	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,60	21,17	22,44	29,56	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,08
1428	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	41,54	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1429	Fluconazolum	Fluazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,83	14,94	15,83	21,36	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,71
1430	Fluconazolum	Fluazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,20	3,46	4,00	5,67	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,60
1431	Fluconazolum	Fluazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	27,65	29,86	31,65	39,99	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,68
1432	Fluconazolum	Fluazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,00	7,56	8,10	11,40	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,58
1433	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,00	65,88	69,83	81,81	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	43,20
1434	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,70	14,80	15,68	21,21	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,56
1435	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	41,42	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,11
1436	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	10,86	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,04
1437	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2024-04-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	9,65	10,42	11,05	15,26	15,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
1438	Fluoxetine	Adepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,60	14,69	15,57	19,78	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,21
1439	Fluoxetine	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,17	15,30	16,22	20,43	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1440	Fluoxetine	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,70	11,56	12,25	16,27	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,32
1441	Fluoxetine	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	2024-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,99	15,11	16,02	20,23	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,61
1442	Fluoxetine	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991317621	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,58	10,35	10,96	15,17	15,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,55
1443	Fluoxetine	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,25	9,99	10,59	14,80	14,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,44
1444	Fluoxetine	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	35,90	38,77	41,09	47,13	25,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	29,36
1445	Fluoxetine	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	11,90	12,85	13,62	16,00	7,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,67
1446	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	2024-07-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	18,28	6,50	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	14,98
1447	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2024-07-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1448	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2025-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,90	11,77	12,47	17,04	17,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1449	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2025-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	15,94	17,22	18,25	24,28	21,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,33
1450	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2025-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	47,96	51,80	54,91	65,85	65,85	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1451	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	2024-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	190,00	205,20	217,51	235,82	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	92,09
1452	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2024-07-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	21,80	23,54	24,96	31,09	25,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,14
1453	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	2025-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,90	11,77	12,47	16,20	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,73
1454	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839	2025-07-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,98	11,86	12,57	16,30	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,83
1455	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	46,19	49,89	52,88	59,39	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	40,28
1456	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	23,51	25,39	26,91	30,91	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,95
1457	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	74,00	79,92	84,72	94,25	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	54,96
1458	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	46,50	50,22	53,23	59,74	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	40,63
1459	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	21,60	23,33	24,73	28,03	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,31
1460	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	21,90	23,65	25,07	28,37	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,65
1461	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	44,20	47,74	50,60	57,11	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	38,00
1462	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,28	16,50	17,50	19,38	4,46	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1463	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	79,50	85,86	91,01	100,54	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	61,25
1464	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,55	61,07	64,74	74,27	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	34,98
1465	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	30,70	33,16	35,14	41,65	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,54
1466	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	113,10	122,15	129,48	143,01	89,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	64,43
1467	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,84	61,39	65,07	74,60	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,31
1468	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	2024-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,25	68,31	72,41	84,81	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,77
1469	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2026-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	87,96	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,92
1470	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,50	85,86	91,01	104,63	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,94
1471	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060	2026-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	72,95	78,79	83,52	97,14	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,45
1472	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,90	57,13	60,56	72,06	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	2,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1473	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	158,40	171,07	181,33	199,37	199,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	2,88
1474	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	68,00	73,44	77,85	90,25	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,69
1475	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	191,25	206,55	218,95	237,74	234,73	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,91
1476	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,92	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,61
1477	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	237,00	255,96	271,32	291,25	281,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,25
1478	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	61,00	65,88	69,83	82,23	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,19
1479	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	74,50	80,46	85,29	98,91	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,22
1480	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	47,00	50,76	53,81	65,31	65,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1481	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557	2023-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,79	57,01	60,44	71,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1482	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,74	68,84	72,96	85,36	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,32
1483	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	78,98	85,30	90,42	104,04	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,35
1484	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2025-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	72,90	78,73	83,45	95,85	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,81
1485	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2025-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	88,20	95,26	100,97	114,59	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,90
1486	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,85	71,12	75,38	87,78	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,74
1487	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,30	85,64	90,78	104,40	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,71
1488	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,85	57,08	60,50	72,00	72,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1489	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	2024-10-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,80	57,02	60,45	71,95	71,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1490	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	2024-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,45	70,69	74,93	87,33	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1491	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	2024-10-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,00	85,32	90,44	104,06	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,37
1492	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,99	71,27	75,55	87,95	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,91
1493	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,49	85,85	91,00	104,62	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,93
1494	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,89	57,12	60,54	72,04	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1495	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	67,00	72,36	76,70	89,10	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,06
1496	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,92	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,23
1497	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	53,75	58,05	61,54	73,04	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,78
1498	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,20	75,82	80,36	92,76	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,95
1499	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,00	92,88	98,45	112,07	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1500	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	73,50	79,38	84,14	96,54	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,50
1501	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	96,20	103,90	110,13	123,75	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	33,06
1502	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	58,00	62,64	66,40	77,90	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,06
1503	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	55,00	59,40	62,96	74,46	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,62
1504	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,00	70,20	74,41	86,81	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,77
1505	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,00	85,32	90,44	104,06	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,37
1506	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	61,75	66,69	70,70	83,10	78,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,06
1507	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	75,50	81,54	86,43	100,05	93,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,36
1508	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	2023-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	47,59	51,40	54,49	65,99	65,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1509	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	29,90	32,29	34,23	38,44	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,78
1510	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	29,90	32,29	34,23	38,44	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,78
1511	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	249,00	268,92	285,06	304,15	230,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	76,61
1512	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł / 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 15 igieł	05909991343033	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1494,00	1613,52	1710,33	1754,56	1384,43	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	373,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1513	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	127,85	138,08	146,36	163,14	153,83	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	12,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1514	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	191,79	207,13	219,56	238,65	230,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	11,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1515	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	255,72	276,18	292,74	313,85	307,64	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	9,41

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1516	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 300 j.m. (IU)/0,48 ml (22 µg/0,48 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007257	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	298,00	321,84	341,15	362,26	307,64	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	57,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1517	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,44 ml (66 µg/1,44 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007240	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	894,00	965,52	1023,45	1058,88	922,95	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	139,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1518	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2025-10-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	217,89	235,32	249,44	270,55	270,55	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1519	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2025-10-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	655,32	707,75	750,21	785,64	785,64	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1520	Follitropin beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,00	276,48	293,07	314,18	307,64	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	9,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1521	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	512,00	552,96	586,14	615,31	615,31	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
1522	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,40	47,95	50,82	61,36	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,35
1523	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	127,50	137,70	145,96	163,05	163,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1524	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981	2026-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	101,88	116,42	116,42	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1525	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,79	48,37	51,28	61,82	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,81
1526	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,38	116,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1527	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	43,80	47,30	50,14	60,68	58,21	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,67
1528	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287	2025-04-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	87,60	94,61	100,29	114,83	114,83	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1529	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294	2025-04-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	131,40	141,91	150,42	167,51	167,51	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1530	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,38	116,38	Astma, przewłękła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1531	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	28,95	31,27	33,15	40,42	29,11	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,51
1532	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	38,80	41,90	44,42	54,96	54,96	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1533	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2025-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	101,88	116,42	116,42	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1534	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990849000	2025-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,93	48,52	51,44	61,98	58,21	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,97
1535	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. 120 dawek	05000456071505	2025-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	200,00	216,00	228,96	247,27	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewłękłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	103,54
1536	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,97	5,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,92
1537	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,69	7,23	7,77	10,94	10,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,92
1538	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,97	5,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1539	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,70	7,24	7,78	10,95	10,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
1540	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,05	4,37	4,91	7,76	7,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1541	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,50	5,94	6,48	9,33	9,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1542	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,85	6,32	6,86	9,71	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	2,88
1543	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	6,00	6,48	7,02	9,87	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,02
1544	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,00	11,88	12,59	17,47	16,93	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,74
1545	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	33,00	35,64	37,78	47,35	47,35	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1546	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	44,00	47,52	50,37	61,31	61,31	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1547	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	14,50	15,66	16,60	21,48	16,93	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	7,75
1548	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	32,35	34,94	37,03	46,60	46,60	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1549	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	36,00	38,88	41,21	50,78	50,78	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1550	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	49,25	53,19	56,39	67,33	67,33	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1551	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	46,99	50,75	53,79	64,73	64,73	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1552	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	75,95	82,03	86,95	100,52	100,52	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1553	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	103,95	112,27	119,01	133,95	133,95	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74
1554	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	15,00	16,20	17,17	22,05	16,93	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	8,32
1555	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	45,00	48,60	51,52	61,09	50,78	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	13,51
1556	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	60,00	64,80	68,69	79,63	67,71	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,12
1557	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	88,90	96,01	101,77	115,34	101,56	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	17,34
1558	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	104,89	113,28	120,07	135,01	135,01	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1559	Ganirelixum	Ganirelix Gedeon Richter, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 0,25 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05997001372043	2026-01-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,00	78,84	83,57	97,20	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,60
1560	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2024-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,03	78,87	83,60	97,23	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,63
1561	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1562	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1563	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,90	8,53	9,07	11,23	6,58	Cukrzyca		ryczałt	7,85
1564	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1565	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,25	20,79	22,04	25,05	9,88	Cukrzyca		ryczałt	16,53
1566	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,25	13,23	14,03	17,04	9,88	Cukrzyca		ryczałt	10,36
1567	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,79	11,65	12,36	15,37	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1568	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,18	17,47	18,52	22,72	14,81	Cukrzyca		ryczałt	12,71
1569	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,79	11,65	12,36	15,37	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,69
1570	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,57	23,30	24,69	29,80	19,75	Cukrzyca		ryczałt	16,45
1571	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,62	19,03	20,17	24,37	14,81	Cukrzyca		ryczałt	14,36
1572	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019	2024-10-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1573	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	08595566455149	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,00	17,28	18,32	23,43	19,75	Cukrzyca		ryczałt	10,08
1574	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991226299	2025-10-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,72	11,58	12,27	15,28	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,60
1575	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991226305	2025-10-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,50	23,22	24,61	29,72	19,75	Cukrzyca		ryczałt	16,37
1576	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	2025-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,10	8,75	9,29	12,30	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,62
1577	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	2023-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,86	9,57	10,14	13,15	9,88	Cukrzyca		ryczałt	6,47
1578	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	2025-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,20	17,50	18,54	23,65	19,75	Cukrzyca		ryczałt	10,30
1579	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,13	4,46	5,00	6,73	4,94	Cukrzyca		ryczałt	4,99
1580	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,15	7,72	8,26	11,27	9,88	Cukrzyca		ryczałt	4,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1581	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,50	12,42	13,17	17,37	14,81	Cukrzyca		ryczałt	7,36
1582	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,00	11,88	12,59	17,70	17,70	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1583	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,59	3,88	4,42	6,15	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,97
1584	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,27	7,85	8,39	11,40	9,88	Cukrzyca		ryczałt	4,25
1585	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,69	11,55	12,24	16,44	14,81	Cukrzyca		ryczałt	5,79
1586	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,79	13,81	14,64	19,75	19,75	Cukrzyca		ryczałt	5,76
1587	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990337453	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,75	2,97	3,51	5,24	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,50
1588	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990337521	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,50	5,94	6,48	9,49	9,49	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1589	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990338078	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,25	8,91	9,45	13,65	13,65	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1590	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990338146	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,95	11,83	12,54	17,65	17,65	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1591	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990338207	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,70	18,04	19,12	25,86	25,86	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1592	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,52	2,72	3,26	4,99	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,25
1593	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,16	5,57	6,11	9,12	9,12	Cukrzyca		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1594	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,11	7,68	8,22	12,42	12,42	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1595	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,00	10,80	11,45	16,56	16,56	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1596	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,49	17,81	18,88	25,62	25,62	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1597	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,00	9,72	10,30	12,03	4,94	Cukrzyca		ryczałt	9,26
1598	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	2025-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	47,95	51,79	54,90	65,84	65,84	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1599	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g	05909990156825	2025-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	11,84	12,79	13,55	18,39	18,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1600	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036	2024-04-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,30	5,72	6,26	8,90	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,74
1601	Glycopyrronii bromidum	Amidil AmiHaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg/dawkę dostarczoną	30 szt. + 1 inhalator	05903060630574	2026-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	53,43	57,70	61,17	72,74	72,74	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	19,64
1602	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 szt. + 1 inhalator	05909991000882	2025-10-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	93,14	72,74	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	42,22
1603	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	431,00	465,48	493,41	519,30	518,76	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,50
1604	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	136,00	146,88	155,69	172,92	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1605	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	140,00	151,20	160,27	177,50	172,92	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; <2>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	7,78
1606	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	419,50	453,06	480,24	506,13	506,13	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96
1607	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	186,55	201,47	213,56	230,79	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty;	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	61,07
1608	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	587,00	633,96	672,00	697,89	518,76	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	188,09
1609	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,57	42,57	x	choroba Huntingtona	30%	11,49
1610	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,57	42,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1611	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	x	choroba Huntingtona	30%	1,89
1612	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2025-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1613	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,64	4,34	x	choroba Huntingtona	30%	3,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1614	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperidol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,64	4,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,07
1615	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperidol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,28	16,28	x	choroba Huntingtona	30%	4,39
1616	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperidol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,28	16,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1617	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperidol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	x	choroba Huntingtona	30%	1,89
1618	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperidol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1619	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2025-01-01	3 lata	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,45	4,81	5,35	7,67	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,46
1620	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2026-01-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	12,30	13,28	14,08	19,05	19,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,72
1621	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	2025-04-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,29	105,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1622	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2025-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,29	105,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1623	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2025-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	9,41	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1624	Icatibantum	Firazyri, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2023-09-01/<2>2025-07-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2207,28	2207,28	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1625	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1400,00	1512,00	1602,72	1663,50	1663,50	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1626	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	2025-01-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2207,28	2207,28	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1627	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2023-09-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	83,16	89,81	95,20	109,41	109,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	32,82
1628	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum + Mometasoni furoas	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 µg	30 szt.	07613421044596	2024-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	155,29	167,71	177,78	196,09	196,09	Podtrzymujące leczenie astmy u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli choroby w wyniku podtrzymującego leczenia skojarzonego długo działającym beta2-mimetykiem i kortykosteroidem wziewnym podawanym w dużych dawkach, u których wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie astmy w poprzednim roku		30%	58,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1629	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531	2024-07-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,16	97,37	103,22	116,84	93,89	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	51,12
1630	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548	2024-07-01	2 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	91,14	98,43	104,34	117,96	93,89	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	52,24
1631	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524	2024-07-01	2 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	60,00	64,80	68,69	86,73	86,73	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	26,02
1632	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,65	8,26	8,80	11,63	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,65
1633	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,88	12,83	13,60	18,45	18,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,99
1634	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,40	4,75	5,29	8,12	8,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,44
1635	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,99	6,47	7,01	10,10	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
1636	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,64	8,25	8,79	11,62	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,64
1637	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,50	8,10	8,64	12,92	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,49
1638	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,66	5,03	5,57	8,40	8,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,27
1639	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	13,98	15,10	16,01	22,52	22,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,08
1640	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,63	6,08	6,62	9,45	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1641	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,51	4,87	5,41	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1642	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,02	9,74	10,32	15,17	15,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,55
1643	Indapamidum	Sympamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,47	4,83	5,37	8,20	8,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,46
1644	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,39	10,14	10,75	13,58	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,41
1645	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	2023-11-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	6117,00	6606,36	6768,36	6921,58	6921,58	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	3,20
1646	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2024-04-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2039,00	2202,12	2334,25	2397,22	2306,98	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	93,44
1647	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	2024-04-01	2 lata 9 miesięcy	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	61,00	65,88	69,83	81,09	67,34	Cukrzyca typu I		ryczałt	16,95
1648	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	2024-04-01	2 lata 9 miesięcy	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	101,00	109,08	115,62	129,43	101,01	Cukrzyca typu I		ryczałt	32,42
1649	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	160,43	173,26	183,66	201,51	201,51	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1650	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	104,00	112,32	119,06	132,87	101,01	Cukrzyca		ryczałt	35,86
1651	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	106,00	114,48	121,35	135,16	101,01	Cukrzyca		ryczałt	38,15
1652	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668	2023-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	61,00	65,88	69,83	81,09	67,34	Cukrzyca		ryczałt	16,95
1653	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	100,95	109,03	115,57	129,38	101,01	Cukrzyca		ryczałt	32,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1654	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	333,00	359,64	381,22	402,22	310,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 1 roku życia		30%	185,21
1655	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562	2025-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	137,75	148,77	157,70	174,38	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	65,87
1656	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	166,50	179,82	190,61	207,29	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 1 roku życia		30%	98,78
1657	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	252,45	272,65	289,01	310,01	310,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	93,00
1658	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	157,00	169,56	179,73	196,41	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	87,90
1659	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	157,00	169,56	179,73	196,41	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	87,90
1660	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2024-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	445,50	481,14	510,01	534,98	465,02	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 6 roku życia		30%	209,47
1661	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	2025-04-01	1 rok 9 miesięcy	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	255,30	275,72	292,27	315,79	315,79	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m ² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	94,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1662	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	2025-04-01	1 rok 9 miesięcy	252.0, Leki przeciw cukrzycowe - agoniści GLP-1	334,00	360,72	382,36	405,88	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m ² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	122,96
1663	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fioł.po 10 ml	05909990008483	2025-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	65,00	70,20	74,41	85,67	67,34	Cukrzyca		ryczałt	21,53
1664	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2025-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	99,00	106,92	113,34	127,15	101,01	Cukrzyca		ryczałt	30,14
1665	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	100,00	108,00	114,48	128,29	101,01	Cukrzyca		ryczałt	31,28
1666	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1667	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawieszina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1668	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawieszina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1669	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawieszina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1670	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawieszina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1671	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawieszina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1672	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawieszina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	79,23	85,57	90,70	104,51	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1673	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1674	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	79,23	85,57	90,70	104,51	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,38
1675	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1676	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	79,23	85,57	90,70	104,51	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,38
1677	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990246014	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,17	82,26	87,20	101,01	101,01	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1678	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990246717	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,17	82,26	87,20	101,01	101,01	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1679	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990247011	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,17	82,26	87,20	101,01	101,01	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1680	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990348923	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1681	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990238323	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1682	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990348121	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1683	Insulinum humanum	Polhumix Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022921	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1684	Insulinum humanum	Polhumix Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023027	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1685	Insulinum humanum	Polhumix Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023126	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1686	Insulinum humanum	Polhumix Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023324	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1687	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1688	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1689	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	103,97	112,29	119,03	132,84	101,01	Cukrzyca		ryczałt	35,83
1690	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	106,81	115,35	122,28	136,09	101,01	Cukrzyca		ryczałt	39,08
1691	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	106,81	115,35	122,28	136,09	101,01	Cukrzyca		ryczałt	39,08
1692	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2023-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	160,21	173,03	183,41	201,26	201,26	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1693	Insulinum lisprum	Liprológ, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2024-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	157,41	170,00	180,20	198,05	198,05	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1694	Insulinum lisprum	Liprológ Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	78,00	84,24	89,29	103,10	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,09
1695	Insulinum lisprum	Liprológ KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	2026-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkiej	157,41	170,00	180,20	198,05	198,05	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1696	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991185879	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,81	13,83	14,67	19,79	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo-płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1697	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	10,69	11,55	12,24	15,26	9,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo-płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1698	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,81	13,83	14,67	19,79	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1699	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,81	13,83	14,67	19,79	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1700	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	57,00	61,56	65,25	77,23	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	38,62
1701	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,89	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	7,38
1702	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	0590999004331	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	42,50	45,90	48,65	60,63	60,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	30,32
1703	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	0590999004317	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,89	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	7,38
1704	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	63,80	68,90	73,04	85,02	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	46,41
1705	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,40	10,15	10,76	14,47	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	8,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1706	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,90	57,13	60,56	72,08	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,27
1707	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,12	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,31
1708	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2025-04-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,12	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,31
1709	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2025-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,27	65,09	69,00	80,52	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	13,71
1710	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,30	85,64	90,78	104,78	104,78	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1711	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,89	104,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1712	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046	2025-04-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,89	104,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1713	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	2025-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	90,40	97,63	103,49	117,49	105,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	15,68
1714	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	56,50	61,02	64,68	76,20	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,39
1715	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2026-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,11	64,92	68,82	80,34	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	13,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1716	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	84,50	91,26	96,74	110,74	105,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	8,93
1717	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	2026-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	90,26	97,48	103,33	117,33	105,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	15,52
1718	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,25	65,07	68,98	80,50	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	13,69
1719	Ivabradinum	Ivabradine Viatrix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,77	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,96
1720	Ivabradinum	Ivabradine Viatrix, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,88	105,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1721	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,76	68,76	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1722	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,86	99,86	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1723	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	114,00	123,12	130,51	146,03	140,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,00
1724	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,77	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,96
1725	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	171,00	184,68	195,76	213,82	210,02	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1726	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,88	105,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,07
1727	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,00	57,24	60,67	72,19	70,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,38
1728	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	91,01	105,01	105,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1729	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulaty musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2025-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	24,90	26,89	28,50	36,23	36,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,24
1730	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2025-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	52,00	56,16	59,53	70,93	70,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,15
1731	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,89	13,92	14,75	18,86	14,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1732	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,38	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,36
1733	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,90	17,17	18,20	23,64	21,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,72
1734	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,30	16,52	17,52	21,97	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	14,00
1735	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,27	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,96
1736	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,27	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,96
1737	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,32	5,75	6,29	8,60	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,06
1738	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,18	10,99	11,65	14,90	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1739	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2025-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,58	12,51	13,25	15,85	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,76
1740	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2025-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,59	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,46
1741	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2025-04-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,34	10,09	10,69	13,29	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,20
1742	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2025-04-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,00	16,20	17,17	20,84	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,71
1743	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	6,80	8,32	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
1744	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,55	12,47	13,22	15,82	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,76
1745	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	13,28	15,88	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,81
1746	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	23,10	24,95	26,45	30,97	17,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,91
1747	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,59	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,01
1748	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	34,65	37,42	39,67	45,72	26,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,71
1749	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,84	80,84	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1750	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,16	117,16	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1751	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,07	153,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1752	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,17	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,85
1753	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05055565743331	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	63,47	68,55	72,66	85,27	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,28
1754	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05055565743348	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	95,20	102,82	108,98	123,80	123,80	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1755	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05055565743355	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	126,93	137,08	145,31	161,92	161,92	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1756	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05055565743324	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,93	8,56	9,10	12,68	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,36
1757	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,19	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1758	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,20	122,20	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1759	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,06	135,06	143,16	159,77	159,77	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1760	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,55	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1761	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,19	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1762	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,20	122,20	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1763	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,07	135,08	143,18	159,79	159,79	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1764	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,82	8,45	8,99	12,57	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,25
1765	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991384234	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,84	80,84	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1766	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991384241	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,16	117,16	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1767	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991384258	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,07	153,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1768	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991384197	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,17	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1769	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne	85,82	92,69	98,25	112,61	112,61	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych	ryczałt	3,20
1770	Lamotryginum	Epileptine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	24,67	19,03	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,84
1771	Lamotryginum	Epileptine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	12,81	9,51	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,50
1772	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2>1 rok - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,81	19,23	20,39	25,60	19,03	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,77
1773	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	14,19	15,04	20,25	19,03	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,98
1774	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	26,28	28,38	30,09	38,05	38,05	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	2,88
1775	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgrzyzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2>6 miesięcy - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	47,15	50,92	53,98	64,83	64,83	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1776	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2>6 miesięcy - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postaci farmaceutyczne	12,01	12,97	13,75	18,57	16,21	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,56
1777	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	19,20	20,74	21,98	27,19	19,03	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,36
1778	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	53,00	57,24	60,67	70,63	57,08	Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	16,75
1779	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,49	4,76	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,93
1780	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	9,60	10,37	10,99	14,07	9,51	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,76
1781	Lamotryginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	17,71	19,13	20,27	25,48	19,03	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,65
1782	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	4,42	4,77	5,31	7,08	4,76	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,52
1783	Lamotryginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	8,85	9,56	10,13	13,21	9,51	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,90

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1784	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1785	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	4,27
1786	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prąjelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prąjelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	0,00
1787	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	48,15
1788	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	48,15
1789	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prąjelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prąjelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	44,95
1790	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,90	13,93	14,76	18,61	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1791	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,45	6,97	7,51	9,66	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
1792	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	0590999064045	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	8,68	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,57
1793	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	0590999064076	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	16,56	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,34
1794	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,90	31,90	Jaskra		ryczałt	3,20
1795	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,56	86,56	Jaskra		ryczałt	8,00
1796	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,08	24,93	26,42	33,99	32,00	Jaskra		ryczałt	5,19
1797	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,60	38,40	Jaskra		ryczałt	6,40
1798	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	87,00	93,96	99,60	114,00	114,00	Jaskra		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1799	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,63	28,76	30,49	38,06	32,00	Jaskra		ryczałt	9,26
1800	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,90	83,05	88,03	101,60	96,00	Jaskra		ryczałt	13,60
1801	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2025-10-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,45	32,89	34,86	43,26	38,40	Jaskra		ryczałt	8,06
1802	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,30	99,68	105,67	120,07	115,20	Jaskra		ryczałt	14,47
1803	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	35,05	32,00	Jaskra		ryczałt	6,25
1804	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	96,00	96,00	Jaskra		ryczałt	8,00
1805	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,75	27,81	29,48	37,05	32,00	Jaskra		ryczałt	8,25
1806	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	96,00	96,00	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1807	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,50	78,30	83,00	96,57	96,00	Jaskra		ryczałt	8,57
1808	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	80,23	86,65	91,84	105,41	96,00	Jaskra		ryczałt	17,41
1809	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	33,54	41,11	32,00	Jaskra		ryczałt	12,31
1810	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,40	32,83	34,80	43,20	38,40	Jaskra		ryczałt	8,00
1811	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	91,30	98,60	104,52	118,92	115,20	Jaskra		ryczałt	13,32
1812	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,90	31,90	Jaskra		ryczałt	3,20
1813	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,56	86,56	Jaskra		ryczałt	8,00
1814	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,89	32,28	34,21	41,78	32,00	Jaskra		ryczałt	12,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1815	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,98	68,02	72,10	85,67	85,67	Jaskra		ryczałt	8,00
1816	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,83	30,83	Jaskra		ryczałt	3,20
1817	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,59	27,64	29,30	36,87	32,00	Jaskra		ryczałt	8,07
1818	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,83	30,83	Jaskra		ryczałt	3,20
1819	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,96	65,84	69,79	83,36	83,36	Jaskra		ryczałt	8,00
1820	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,20	30,46	32,28	39,85	32,00	Jaskra		ryczałt	11,05
1821	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,20	67,18	71,20	84,77	84,77	Jaskra		ryczałt	8,00
1822	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	34,33	41,90	32,00	Jaskra		ryczałt	13,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1823	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,95	77,71	82,37	95,94	95,94	Jaskra		ryczałt	8,00
1824	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990977826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	47,00	50,76	53,81	64,30	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	9,88
1825	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,90	89,53	94,90	109,39	109,39	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1826	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,95	89,59	94,96	109,45	109,45	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1827	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990977925	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	92,50	99,90	105,89	120,38	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	8,35
1828	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	43,00	46,44	49,23	59,72	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,30
1829	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,00	89,64	95,02	109,51	109,51	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1830	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	42,50	45,90	48,65	59,14	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	4,72
1831	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	63,75	68,85	72,99	86,00	86,00	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1832	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	85,00	91,80	97,31	111,80	111,80	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1833	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	44,00	47,52	50,37	60,86	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,44
1834	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	66,00	71,28	75,56	88,57	86,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,35
1835	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,23	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1836	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	76,99	83,15	88,14	102,63	102,63	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1837	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,23	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1838	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	<1><2>3 lata/<3>2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,81	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <3>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,30
1839	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	<1>2025-04-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,70	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1840	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2025-01-01/<2><3>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	<1><2>3 lata/<3>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,50	48,06	50,94	61,05	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <3>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	9,02
1841	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	122,00	131,76	139,67	156,10	156,10	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; <2>W leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet po menopauzie, występującej fizjologicznie lub wywołanej sztucznie, u których wystąpił nawrót lub progresja procesu nowotworowego, a które uprzednio były leczone lekami o działaniu antyestrogenowym	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1842	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,81	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,78
1843	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,00	43,20	45,79	55,90	52,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,87
1844	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	162,80	175,82	186,38	204,55	204,55	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1845	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,70	52,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,67
1846	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	540,00	583,20	618,19	645,00	555,81	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	98,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1847	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1045,11	1128,72	1196,45	1234,32	1111,63	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	141,89
1848	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	459,00	495,72	525,46	552,27	552,27	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,60
1849	Leuprorelinum	Lutrate Depot, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 22,5 mg	1 amp.-strzyk.	05909991248956	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	438,00	473,04	501,42	528,23	528,23	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,60
1850	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2024-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,52	74,52	Padaczka		ryczałt	3,20
1851	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,17	48,79	Padaczka		ryczałt	15,94
1852	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,82	12,20	Padaczka		ryczałt	10,82
1853	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,36	24,40	Padaczka		ryczałt	11,16
1854	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	47,23	55,40	36,60	Padaczka		ryczałt	22,00
1855	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755	2025-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	81,96	88,52	93,83	105,56	74,52	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	34,24
1856	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	42,93	46,36	49,15	58,80	48,79	Padaczka		ryczałt	13,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1857	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,46	23,18	24,57	31,17	24,40	Padaczka		ryczałt	9,97
1858	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	2023-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,00	58,32	61,82	73,55	73,55	Padaczka		ryczałt	3,20
1859	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,59	97,59	Padaczka		ryczałt	7,11
1860	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	48,79	Padaczka		ryczałt	6,39
1861	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,31	19,77	20,96	27,56	24,40	Padaczka		ryczałt	6,36
1862	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	10,49	14,56	12,20	Padaczka		ryczałt	5,56
1863	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	48,79	Padaczka		ryczałt	6,39
1864	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,33	19,80	20,98	27,58	24,40	Padaczka		ryczałt	6,38
1865	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,96	59,36	62,92	74,67	73,19	Padaczka		ryczałt	6,81
1866	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	31,46	39,63	36,60	Padaczka		ryczałt	6,23
1867	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,25	48,79	Padaczka		ryczałt	6,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1868	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	10,39	14,46	12,20	Padaczka		ryczałt	5,46
1869	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,17	19,62	20,80	27,40	24,40	Padaczka		ryczałt	6,20
1870	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2026-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,25	29,43	31,20	39,37	36,60	Padaczka		ryczałt	5,97
1871	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	2024-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	51,00	55,08	58,38	70,11	70,11	Padaczka		ryczałt	3,20
1872	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	87,33	94,32	99,98	113,63	97,59	Padaczka		ryczałt	23,15
1873	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,67	47,16	49,99	59,64	48,79	Padaczka		ryczałt	14,41
1874	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,67	47,16	49,99	59,64	48,79	Padaczka		ryczałt	14,41
1875	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,83	23,58	24,99	31,59	24,40	Padaczka		ryczałt	10,39
1876	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	65,50	70,74	74,98	86,73	73,19	Padaczka		ryczałt	18,87
1877	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	32,75	35,37	37,50	45,67	36,60	Padaczka		ryczałt	12,27
1878	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	72,68	78,49	83,20	96,85	96,85	Padaczka		ryczałt	7,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1879	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,96	44,24	46,89	56,54	48,79	Padaczka		ryczałt	11,31
1880	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,24	11,06	11,72	15,79	12,20	Padaczka		ryczałt	6,79
1881	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,25	48,79	Padaczka		ryczałt	6,02
1882	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	20,48	22,12	23,45	30,05	24,40	Padaczka		ryczałt	8,85
1883	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,51	58,87	62,40	74,15	73,19	Padaczka		ryczałt	6,29
1884	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,72	33,18	35,16	43,33	36,60	Padaczka		ryczałt	9,93
1885	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841	2025-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	53,00	57,24	60,67	72,40	72,40	Padaczka		ryczałt	3,20
1886	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	89,33	96,48	102,27	115,92	97,59	Padaczka		ryczałt	25,44
1887	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,17	48,79	Padaczka		ryczałt	15,94
1888	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	12,88	16,95	12,20	Padaczka		ryczałt	7,95
1889	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,17	48,79	Padaczka		ryczałt	15,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1890	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,36	24,40	Padaczka		ryczałt	11,16
1891	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,75	36,45	38,64	46,81	36,60	Padaczka		ryczałt	13,41
1892	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2023-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,52	74,52	Padaczka		ryczałt	3,20
1893	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2024-04-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	27,58	29,79	31,57	39,73	37,26	Padaczka		ryczałt	5,67
1894	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	55,83	60,30	63,91	73,56	48,79	Padaczka		ryczałt	28,33
1895	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,96	15,08	15,98	20,05	12,20	Padaczka		ryczałt	11,05
1896	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,92	30,15	31,97	38,57	24,40	Padaczka		ryczałt	17,37
1897	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,88	45,23	47,94	56,11	36,60	Padaczka		ryczałt	22,71
1898	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,35	26,30	27,87	34,09	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	13,93
1899	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,31	10,05	10,66	13,50	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,86
1900	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	17,75	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1901	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,97	15,09	15,99	20,00	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,03
1902	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,40	30,67	32,51	40,56	40,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,17
1903	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,93	35,56	37,70	45,75	42,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	15,85
1904	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,70	31,00	32,85	40,90	40,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,27
1905	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,58	17,91	18,98	24,54	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,90
1906	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,54	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,22
1907	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,57	20,06	21,25	27,47	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,97
1908	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,85	30,08	31,88	39,63	39,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,70
1909	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,16	16,37	17,36	22,92	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,44
1910	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	14,09	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,79
1911	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,10	19,55	20,73	26,95	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1912	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,10	29,27	31,03	38,78	38,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,63
1913	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,86	18,21	19,30	24,86	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,10
1914	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	14,53	15,40	19,19	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,90
1915	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	39,52	39,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,67
1916	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	66,00	71,28	75,56	85,06	48,94	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	39,68
1917	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	44,75	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	23,48
1918	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzenia zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	44,75	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	23,48
1919	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	66,00	71,28	75,56	85,06	48,94	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	39,68
1920	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	26,48	12,24	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1921	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesziny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	26,48	12,24	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,44
1922	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	44,75	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	23,48
1923	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	38,54	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,27
1924	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	56,00	60,48	64,11	73,61	48,94	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	28,23
1925	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	14,00	15,12	16,03	20,01	12,24	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	10,97
1926	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	38,54	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	17,27
1927	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	59,00	63,72	67,54	78,06	61,18	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	21,32
1928	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	36,00	38,88	41,21	47,70	24,47	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	26,43
1929	Levodopum + Carbidopum	Parkador, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909991569761	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	44,25	47,79	50,66	61,18	61,18	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1930	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2025-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	7,47	8,07	8,61	12,07	12,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1931	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,84	11,71	12,41	16,90	16,87	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,14
1932	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,89	6,36	6,90	9,48	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,61
1933	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,35	6,86	7,40	10,24	9,45	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,77
1934	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,55	14,63	15,51	20,76	20,76	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
1935	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,81	7,35	7,89	11,00	10,54	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,90
1936	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,07	7,64	8,18	11,55	11,55	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
1937	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,56	15,72	16,66	22,67	22,67	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
1938	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,70	8,32	8,86	12,51	12,51	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1939	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,30	10,04	10,65	14,76	14,76	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1940	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,16	10,97	11,63	16,12	16,12	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1941	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,99	7,55	8,09	9,61	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,59
1942	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,00	5,40	5,94	6,92	2,11	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,92
1943	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,83	10,62	11,25	13,83	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,96
1944	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,28	5,70	6,24	7,76	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,74
1945	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,23	11,05	11,71	15,36	12,65	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1946	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,80	6,26	6,80	8,85	6,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,72
1947	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,04	6,52	7,06	9,38	7,42	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,16
1948	Levothyroxinum natriicum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	8,63	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,76
1949	Levothyroxinum natriicum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2025-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,97	6,45	6,99	10,10	10,10	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
1950	Levothyroxinum natriicum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,30	7,88	8,42	12,07	12,07	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1951	Levothyroxinum natriicum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,80	5,18	5,72	7,24	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1952	Levothyroxinum natriicum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2025-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,60	4,97	5,51	7,56	6,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,43
1953	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,29	7,83	9,76	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,01
1954	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	2025-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,22	9,96	10,55	13,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,47
1955	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	18,86	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,37
1956	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,38	3,65	4,19	5,38	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,38
1957	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,75	9,45	10,02	11,95	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,20
1958	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	2023-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1959	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	16,48	19,89	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,40
1960	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,80	6,26	6,80	7,99	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,99
1961	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	8,40	8,94	10,77	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,42
1962	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,92	13,95	14,80	18,01	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,88
1963	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,30	5,72	6,26	7,40	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,40
1964	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,80	7,34	7,88	9,71	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,36
1965	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	14,31	17,52	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,39
1966	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	5,35	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,35
1967	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,20	13,18	13,96	15,89	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,14
1968	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,60	20,09	21,30	24,71	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,22
1969	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,70	18,04	19,12	22,53	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziomoci	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1970	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,60	12,53	13,28	15,21	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,21
1971	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,60	17,93	19,01	22,42	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	15,24
1972	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,60	16,85	17,86	21,07	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	14,35
1973	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	2025-01-01	3 lata	180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1974	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2024-04-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	4,78	5,16	5,70	8,15	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,67
1975	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,60	9,29	9,85	13,76	13,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	4,31
1976	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,02	11,90	12,61	16,62	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	6,65
1977	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,04	23,80	25,23	31,75	28,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	11,81
1978	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,10	37,91	40,19	48,24	42,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	18,34
1979	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,20	12,10	12,82	16,83	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	6,17
1980	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,14	23,91	25,35	31,87	28,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	10,74

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1981	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,30	35,96	38,12	46,17	42,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	14,64
1982	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	13,17	17,18	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	6,49
1983	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	12,59	16,61	14,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	6,08
1984	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,70	11,56	12,25	15,71	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,89
1985	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,19
1986	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,19
1987	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,31
1988	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990638659	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,56
1989	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990818914	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,24	9,98	10,57	13,83	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1990	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990649112	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,56
1991	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909990649129	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	34,54	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,97
1992	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,89	10,68	11,32	14,78	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,72
1993	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,79	10,57	11,21	14,67	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,61
1994	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,74	8,36	8,90	12,36	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,30
1995	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,27	18,65	19,77	23,23	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,65
1996	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
1997	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
1998	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,93	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1999	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2000	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,89	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,71
2001	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,93	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,87
2002	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2003	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,89	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,71
2004	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist. po 14 szt.)	05909990970513	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,31
2005	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,24	9,98	10,57	13,83	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,31
2006	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt.	05909990686339	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,63	20,12	21,33	26,79	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,74
2007	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt.	05909990686360	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,94	30,18	31,99	39,05	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,48
2008	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt.	05909990645565	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,56
2009	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,61	20,10	21,31	26,77	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2010	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,79	10,57	11,21	14,67	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,61
2011	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,94	21,54	22,83	28,58	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,45
2012	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,97	10,77	11,42	14,88	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,82
2013	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	12,58	13,34	14,74	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,05
2014	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,00	12,96	13,74	15,14	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,41
2015	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768	2025-07-01	2 lata	178,10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	18,34	19,81	21,00	27,60	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2016	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991560775	2025-07-01	2 lata	178,10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	39,79	42,97	45,55	55,20	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2017	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991560782	2025-07-01	2 lata	178,10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	84,51	91,27	96,75	110,40	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2018	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	102,00	110,16	116,77	123,37	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	95,77
2019	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	102,00	110,16	116,77	126,42	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	71,22
2020	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	102,00	110,16	116,77	130,42	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	20,02
2021	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991576431	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	18,34	19,81	21,00	27,60	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2022	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991576448	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	39,79	42,97	45,55	55,20	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2023	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991576455	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	84,51	91,27	96,75	110,40	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2024	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05903060631908	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	18,34	19,81	21,00	27,60	27,60	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2025	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05903060631915	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	39,79	42,97	45,55	55,20	55,20	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2026	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05903060631922	2026-01-01	3 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	84,51	91,27	96,75	110,40	110,40	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2027	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	2023-09-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	5,54	5,98	6,52	10,07	10,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2028	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2025-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	7,70	8,32	8,86	12,41	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2029	Megestrolu acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2024-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	113,00	122,04	129,36	144,99	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,91
2030	Megestrolu acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2025-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2031	Megestrolu acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2025-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2032	Megestrolu acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	2025-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,76
2033	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	18,75	20,25	21,47	28,51	28,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,83
2034	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	7,30	7,88	8,42	11,67	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,36
2035	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	9,50	10,26	10,88	15,33	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2036	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	8,70	9,40	9,96	13,21	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2037	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,73
2038	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	14,75	14,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,64
2039	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2026-01-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	92,00	99,36	105,32	120,04	120,04	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2040	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. FSH + 1200 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 2 amp.-strz.po 1ml	05909990812905	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1143,00	1234,44	1308,51	1349,81	1230,60	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacją, na lata 2024-2028		ryczałt	122,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2041	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. FSH + 600 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 1 amp.-strz.po 1ml	05909990812981	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	571,00	616,68	653,68	682,85	615,31	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację, na lata 2024-2028		ryczałt	70,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2042	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,00	149,04	157,98	174,76	153,83	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	24,13
2043	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,00	74,52	78,99	91,77	76,91	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	18,06
2044	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,30	53,30	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wzrostające zapalenie jelita grubego		ryczałt	2,88
2045	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,30	53,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2046	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	2025-04-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	46,28	39,56	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	8,93
2047	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,63	34,16	36,21	45,07	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,29
2048	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	2025-04-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	84,30	79,13	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,53
2049	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	62,50	67,50	71,55	84,21	84,21	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	2,88
2050	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	2025-01-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	30,00	21,20	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	10,80
2051	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	47,78	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,73
2052	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813	2025-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	124,40	134,35	142,41	154,59	79,13	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	78,66
2053	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz. po 2 g granulatu	05909990855315	2025-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	121,35	131,06	138,92	151,06	74,96	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	79,66
2054	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	2025-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	141,28	152,58	161,74	175,20	89,95	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	89,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2055	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	2025-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	71,00	76,68	81,28	89,59	36,38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	56,41
2056	Mesalazinum	Pentasa, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	2026-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	289,93	313,12	331,92	349,38	179,90	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	178,01
2057	Mesalazinum	Pentasa, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	2024-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	289,31	312,45	331,20	348,66	179,90	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	177,29
2058	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	118,05	127,49	135,14	147,28	74,96	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	75,88
2059	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	2024-10-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	116,86	126,21	133,78	149,92	149,92	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2060	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	2024-10-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	84,78	84,78	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2061	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	2024-10-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	58,43	63,10	66,90	79,04	74,96	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,64
2062	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	2024-10-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,50	34,02	36,06	44,92	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,73
2063	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	2025-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	113,19	122,25	129,58	145,51	145,51	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2064	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430	2025-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	123,50	133,38	141,38	154,04	84,78	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	72,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2065	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	2025-01-01	3 lata	12.2. Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	71,64	77,37	82,02	90,88	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	51,69
2066	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	2025-01-01	3 lata	12.1. Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	37,86	40,89	43,34	51,81	37,48	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	17,53
2067	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0. Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,00	5,40	5,94	8,46	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,54
2068	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0. Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,70	9,40	9,96	14,37	14,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2069	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0. Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,15	13,12	13,91	19,79	19,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2070	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0. Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,40	2,59	3,13	4,61	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,75
2071	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0. Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,35	4,70	5,24	7,76	7,76	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2072	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05903792661563	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0. Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,08	6,57	7,11	10,66	10,66	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2073	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0. Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,00	4,32	4,86	7,07	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,37
2074	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0. Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,50	8,10	8,64	12,60	12,60	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2075	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	17,05	17,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2076	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,32	12,23	12,96	15,48	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,56
2077	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,86	25,77	27,31	31,72	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	18,69
2078	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	28,11	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,08
2079	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,29	6,79	7,33	8,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,95
2080	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,91	12,86	13,63	16,15	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,23
2081	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,64	16,89	17,91	21,46	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,49
2082	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,97	9,69	10,27	12,27	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,38
2083	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,42	18,81	19,95	23,50	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,53
2084	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,15	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,12
2085	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,95	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2086	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,11	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,14
2087	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,65	22,30	23,64	30,64	30,64	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2088	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,65	22,30	23,64	30,64	30,64	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	9,19
2089	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,71	8,12	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2090	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,71	8,12	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,03
2091	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,97	16,23	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,94
2092	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,97	16,23	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,61
2093	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	24,05	24,05	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2094	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	24,05	24,05	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2095	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,32	11,15	11,82	16,23	16,23	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2096	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01	3 lata	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,32	11,15	11,82	16,23	16,23	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,87
2097	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,23	4,06	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,37
2098	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,23	4,06	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	2,39
2099	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,46	8,12	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,54
2100	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,46	8,12	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,78
2101	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,65	12,17	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,68
2102	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2025-10-01/<2>2025-04-01	3 lata	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,65	12,17	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,13
2103	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,55	18,95	20,09	26,55	26,55	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2104	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,55	18,95	20,09	26,55	26,55	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,97
2105	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,39	4,74	5,28	7,49	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2106	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,79	9,49	10,07	14,03	13,80	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,43
2107	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,50	14,58	15,45	20,67	20,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2108	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	28,50	30,78	32,63	37,04	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	24,01
2109	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,85	7,40	7,94	9,42	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,56
2110	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,25	15,39	16,32	18,84	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,92
2111	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,28	11,10	11,77	13,77	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,88
2112	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,37	23,08	24,46	28,01	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,04
2113	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,63	28,63	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2114	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,00	21,60	22,90	29,90	29,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2115	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,29	5,71	6,25	8,77	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,85
2116	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	10,15	10,76	15,17	15,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2117	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	16,26	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,23
2118	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,59	16,84	17,85	23,73	23,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2119	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,46
2120	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,81	4,06	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,67
2121	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,64	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,15
2122	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,64	8,12	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,46
2123	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,89	5,28	5,82	8,03	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2124	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	11,09	15,05	13,80	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,01
2125	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	16,64	21,86	20,69	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,73
2126	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,80	11,66	12,37	14,89	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,97
2127	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,50	23,22	24,61	29,02	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,99
2128	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,79	7,33	7,87	9,35	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,49
2129	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,58	14,67	15,54	18,06	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,14
2130	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,37	22,00	23,32	26,87	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,90
2131	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,25	8,91	9,45	11,45	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,56
2132	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,50	17,82	18,89	22,44	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,47
2133	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,05	4,37	4,91	7,43	7,43	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2134	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,17	2,34	2,88	4,36	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2135	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,44	3,72	4,26	6,47	6,47	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2136	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,12	21,73	23,04	30,04	30,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2137	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,03	5,43	5,97	8,49	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2138	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,06	10,86	11,51	15,92	15,92	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2139	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,09	16,30	17,28	23,16	23,16	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2140	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,53	2,73	3,27	4,75	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,89
2141	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,03	5,43	5,97	8,49	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2142	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,10	18,47	19,58	26,04	26,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2143	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,55	9,23	9,78	13,74	13,74	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2144	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,83	13,86	14,69	19,91	19,91	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2145	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,15	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2146	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,95	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,03
2147	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,11	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,14
2148	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	30,70	30,70	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2149	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,53	16,77	17,78	23,66	23,66	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2150	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,36	11,19	11,86	16,27	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,24
2151	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,77	8,39	8,93	12,48	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,51
2152	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,66	19,07	20,22	26,68	26,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2153	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,25	14,31	15,17	20,39	20,39	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2154	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	41,40	44,71	47,39	54,39	32,46	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	28,33
2155	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	14,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,45
2156	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,63	23,36	24,76	29,17	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2157	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,36	5,79	6,33	7,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,95
2158	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,05	33,53	35,54	41,42	24,35	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	21,87
2159	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,76	8,38	8,92	10,92	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,03
2160	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,77	11,63	12,33	14,85	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,93
2161	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,54	23,26	24,66	29,07	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,04
2162	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,35	5,78	6,32	7,80	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,94
2163	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991271701	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,70	11,56	12,25	14,77	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,85
2164	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,07	8,72	9,26	11,26	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,37
2165	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991271749	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,14	17,43	18,48	22,03	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,06
2166	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,63	28,63	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2167	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,17	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2168	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,23	15,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2169	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,18	15,31	16,23	22,11	22,11	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2170	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,23	15,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2171	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,36	2,55	3,09	4,57	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,71
2172	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,17	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,25
2173	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,09	7,66	8,20	11,75	11,75	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2174	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,07	17,36	18,39	24,85	24,85	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2175	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,02	4,34	4,88	7,09	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,39
2176	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,03	8,67	9,21	13,17	13,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2177	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,05	13,01	13,79	19,01	19,01	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2178	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,60	9,29	9,85	12,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2179	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,20	18,58	19,69	24,10	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,07
2180	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,30	4,64	5,18	6,66	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,80
2181	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,60	9,29	9,85	12,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,45
2182	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,45	6,97	7,51	9,51	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,62
2183	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,90	13,93	14,76	18,31	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,34
2184	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,25	4,59	5,13	6,18	2,30	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	6,18
2185	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	15,04	16,24	17,22	22,98	22,98	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2186	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,55	4,91	5,45	7,11	4,60	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	5,71
2187	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	15,27	16,49	17,49	23,31	23,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2188	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,94	72,30	76,64	89,09	89,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2189	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,25	96,39	102,18	116,29	116,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2190	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,88	144,59	153,26	169,71	169,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2191	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,51	192,79	204,36	222,54	222,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2192	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,13	240,98	255,44	274,90	274,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2193	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,76	289,18	306,54	327,29	327,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2194	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	200,79	216,85	229,87	248,69	248,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2195	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,23	327,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2196	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	334,50	361,26	382,94	405,61	405,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2197	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	401,58	433,71	459,72	484,31	484,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
2198	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	468,30	505,76	536,11	562,63	562,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2199	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,42	641,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2200	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	602,10	650,27	689,29	719,66	719,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2201	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	669,30	722,84	766,22	798,06	798,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2202	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	735,90	794,77	842,45	875,69	875,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08
2203	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	803,16	867,41	919,46	954,10	954,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2204	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	81,44	87,96	93,24	107,35	107,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2205	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	122,16	131,93	139,85	156,30	156,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2206	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	162,88	175,91	186,46	204,64	204,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2207	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,73	18,07	19,15	24,97	23,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,86
2208	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	22,31	24,09	25,54	32,49	31,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,61
2209	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	27,88	30,11	31,91	39,73	38,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,08
2210	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	33,47	36,15	38,32	47,02	46,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,60
2211	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	39,03	42,15	44,68	54,21	54,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2212	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	44,62	48,19	51,08	61,19	61,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2213	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	50,18	54,19	57,45	68,15	68,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2214	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,78	60,24	63,86	75,14	75,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2215	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	76,63	89,08	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2216	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	76,63	89,08	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2217	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,24	96,38	102,16	116,27	116,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2218	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	153,24	169,69	169,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2219	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	204,33	222,51	222,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2220	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,10	240,95	255,41	274,87	274,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2221	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,23	327,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2222	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	153,24	169,69	169,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2223	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	204,33	222,51	222,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2224	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,23	327,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2225	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	356,96	385,52	408,65	431,96	431,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2226	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	446,20	481,90	510,81	536,69	536,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2227	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,42	641,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2228	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	325,76	351,82	372,93	396,24	396,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2229	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	407,20	439,78	466,16	492,04	492,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2230	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	488,64	527,73	559,40	587,84	587,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2231	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	83,50	90,18	95,59	109,70	109,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2232	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	128,10	138,35	146,65	163,10	163,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2233	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	175,00	189,00	200,34	218,52	218,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2234	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	220,50	238,14	252,43	271,89	271,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2235	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,50	66,42	70,41	82,86	82,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2236	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	66,00	71,28	75,56	88,57	88,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	42,67
2237	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	17,10	18,47	19,58	25,75	22,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,28
2238	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,25	298,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2239	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	80,80	87,26	92,50	106,61	106,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2240	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	301,67	325,80	345,35	368,02	368,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2241	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	101,00	109,08	115,62	130,90	130,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2242	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	363,60	392,69	416,25	440,84	440,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2243	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	121,20	130,90	138,75	155,20	155,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2244	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	422,33	456,12	483,48	510,00	510,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2245	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	141,40	152,71	161,87	179,41	179,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2246	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	484,80	523,58	555,00	583,44	583,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2247	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	161,60	174,53	185,00	203,18	203,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2248	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	606,00	654,48	693,75	725,59	725,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2249	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	202,00	218,16	231,25	250,71	250,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2250	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	724,00	781,92	828,84	863,48	863,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2251	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,25	298,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2252	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	181,00	195,48	207,21	226,03	226,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2253	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187020	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	60,60	65,45	69,38	81,83	81,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2254	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991459857	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2255	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991462260	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2256	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991462253	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2257	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991456658	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2258	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991451691	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2259	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991520793	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2260	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991481384	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2261	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909990156511	2025-01-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	36,80	39,74	42,13	50,32	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	22,49
2262	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	34,00	36,72	38,92	48,09	48,09	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2263	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,00	69,12	73,27	86,34	86,34	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,84
2264	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	18,50	19,98	21,18	27,81	27,81	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2265	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	25,50	27,54	29,19	38,88	38,88	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2266	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	9,25	9,99	10,59	14,69	14,69	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2267	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	27,50	29,70	31,48	38,11	29,38	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	11,93
2268	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	54,50	58,86	62,39	72,08	58,76	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	16,52
2269	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	72,00	77,76	82,43	94,23	88,14	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	9,29
2270	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	94,50	102,06	108,18	121,87	117,52	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	8,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2271	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fioł.po 1 ml	05909990154814	2025-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	9,70	10,48	11,10	15,33	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2272	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fioł.po 1 ml	05909990236312	2025-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,00	10,80	11,45	15,68	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,02
2273	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	30,00	32,40	34,34	44,12	44,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2274	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,74	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
2275	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2025-04-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,68	24,49	25,96	33,31	33,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2276	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2025-04-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,74	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
2277	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2024-07-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	11,34	12,25	12,98	17,68	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,43
2278	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,69	24,51	25,97	33,32	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2279	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	5,98	6,46	7,00	9,72	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,59
2280	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,00	7,56	8,10	10,71	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2281	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	7,58	4,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,75
2282	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,20	5,62	6,16	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2283	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,99	6,47	7,01	9,91	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,67
2284	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,97	19,41	20,57	27,17	27,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,33
2285	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,85	21,44	22,72	29,32	29,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,92
2286	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	35,10	37,91	40,19	49,85	49,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,46
2287	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,83	9,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,66
2288	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,70	19,12	20,26	26,86	26,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,25
2289	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,30	13,28	14,08	19,04	19,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,14
2290	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,45	19,93	21,12	27,72	27,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,49
2291	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2025-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,83	9,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,95
2292	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2025-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,74	19,16	20,30	26,90	26,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,07
2293	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2025-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	34,85	37,64	39,90	49,56	49,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,87
2294	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990157716	2024-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,53	7,05	7,59	10,49	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,55
2295	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990157822	2024-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,45	21,01	22,27	28,87	28,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2296	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2024-04-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	18,00	19,44	20,61	27,15	27,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,22
2297	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	272,96	207,13	<1>Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat); <2>Przedłużone, ostre napady drgawkowe u dorosłych;		ryczałt	69,03
2298	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991449568	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	272,96	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	69,03
2299	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	272,96	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	69,03
2300	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	272,96	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	69,03
2301	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2 ml	4 strzykawki doustne	05909991500269	2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	165,00	178,20	188,89	207,13	207,13	<1>Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat); <2>Przedłużone, ostre napady drgawkowe u dorosłych;		ryczałt	3,20
2302	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500207	2026-01-01	3 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	215,50	232,74	246,70	264,94	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	61,01
2303	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 strzykawki doustne	05909991500221	2026-01-01	3 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	215,50	232,74	246,70	264,94	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	61,01
2304	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500245	2026-01-01	3 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	215,50	232,74	246,70	264,94	207,13	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	61,01
2305	mieszanki alergenów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol. po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2025-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,30	268,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2306	Mieszanki wyciągów alergenowych 5 traw (688)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991524593	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	364,36	307,12	Leczenie schorzeń alergicznych (typ I alergii wg klasyfikacji Gella i Coombsa), objawiających się nieżytym nosa, zapaleniem spojówek, nieżytym nosa i spojówek lub astmą (łagodną do umiarkowanej) u dzieci i młodzieży od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia (w wieku 5-17 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego wyniku punktowych testów skórnych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny E na pyłki traw		30%	149,38
2307	Mieszanki wyciągów alergenowych 5 traw (688)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991524609	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	290,00	313,20	331,99	352,91	307,12	Leczenie schorzeń alergicznych (typ I alergii wg klasyfikacji Gella i Coombsa), objawiających się nieżytym nosa, zapaleniem spojówek, nieżytym nosa i spojówek lub astmą (łagodną do umiarkowanej) u dzieci i młodzieży od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia (w wieku 5-17 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego wyniku punktowych testów skórnych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny E na pyłki traw		30%	137,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2308	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiole. po 10 ml	05909991061210	<1>2024-04-01/<2>2025-04-01/<3>2025-10-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy; <3>Leczenie dzieci w wieku od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 12. roku życia (w wieku 5-11 lat) z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E);		30%	96,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2309	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227	<1>2024-04-01/<2>2025-04-01/<3>2025-10-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy; <3>Leczenie dzieci w wieku od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 12. roku życia (w wieku 5-11 lat) z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E);		30%	96,81
2310	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2025-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	15,00	16,20	17,17	22,06	18,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,02
2311	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2025-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2312	Modafinilum	Actimodan, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991443856	2025-07-01	2 lata	185.2. Leki psychoanaleptyczne - modafinil	414,00	447,12	473,95	500,03	500,03	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		30%	150,01
2313	Modafinilum	Actimodan, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991443849	2025-07-01	2 lata	185.2. Leki psychoanaleptyczne - modafinil	132,00	142,56	151,11	167,67	150,01	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		30%	62,66
2314	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	2024-10-01	3 lata	196.0. Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,60	12,53	13,28	17,46	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,91
2315	Mometasoni fuoroas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2024-07-01	3 lata	56.0. Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,84	11,71	12,41	17,12	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,77
2316	Mometasoni fuoroas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	2023-09-01	3 lata	196.0. Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,85	11,72	12,42	16,60	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,05
2317	Mometasoni fuoroas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	2023-09-01	3 lata	56.0. Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	22,75	24,57	26,05	33,41	33,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,71
2318	Mometasoni fuoroas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	2025-10-01	3 lata	56.0. Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	20,00	21,60	22,90	30,00	30,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,00
2319	Mometasoni fuoroas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2023-09-01	3 lata	56.0. Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	14,00	15,12	16,03	20,74	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,39
2320	Mometasoni fuoroas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	2023-11-01	3 lata	56.0. Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,50	11,34	12,02	16,51	15,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,71
2321	Mometasoni fuoroas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2024-01-01	3 lata	56.0. Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,46	12,38	13,12	17,83	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,48
2322	Mometasoni fuoroas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	2023-09-01	3 lata	196.0. Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,55	10,31	10,93	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,56
2323	Mometasoni fuoroas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991099688	2026-01-01	3 lata	196.0. Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,55	10,31	10,93	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,56
2324	Mometasoni fuoroas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2024-01-01	3 lata	196.0. Kortykosteroidy do stosowania do nosa	19,10	20,63	21,87	28,60	28,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,30
2325	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990670758	2026-01-01	3 lata	204.0. Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,35	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynoflowe zapalenie oskrzeli		30%	7,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2326	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	21,29	27,12	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,70
2327	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,56	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,12
2328	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,45	14,53	15,40	18,92	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,67
2329	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,86	22,53	23,88	29,71	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,03
2330	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,56	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,12
2331	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,85	14,96	15,85	19,37	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,07
2332	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,63	19,04	20,19	26,02	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,68
2333	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,39	10,14	10,75	13,65	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2334	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,95	12,91	13,68	17,20	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2335	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,53	14,61	15,49	21,32	21,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,40
2336	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	5,41	5,84	6,38	9,28	9,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	2,78
2337	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,77	7,31	7,85	11,37	11,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,41
2338	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,15	16,36	17,34	23,17	23,17	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,95
2339	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2023-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,60	15,77	16,72	22,55	22,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,77
2340	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,35	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,01
2341	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,45	15,61	16,55	22,69	22,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,81
2342	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	35,70	38,56	40,87	49,95	49,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	14,99
2343	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2025-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,78	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2344	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	2025-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,09	9,82	10,41	13,93	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,75
2345	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,40	18,79	19,92	25,75	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,41
2346	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,60	7,13	7,67	10,57	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,03
2347	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	2026-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,04	8,68	9,22	12,74	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,56
2348	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,00	19,44	20,61	26,44	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,10
2349	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,78	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,24
2350	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,99	12,95	13,73	17,25	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,07
2351	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,40	16,63	17,63	23,46	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,12
2352	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,40	6,91	7,45	10,35	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2353	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	2025-10-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,00	8,64	9,18	12,70	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,52
2354	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,45	6,78	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,87
2355	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,45	6,78	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,67
2356	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,45	67,80	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,85
2357	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,45	67,80	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,65
2358	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,13	111,13	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2359	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,13	111,13	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2360	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,25	20,34	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,11
2361	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,25	20,34	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,91
2362	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	40,03	40,03	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2363	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	40,03	40,03	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2364	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,55	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,79
2365	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,55	12,98	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,91
2366	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,96	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
2367	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,96	25,96	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2368	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,76	13,56	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,40
2369	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,76	13,56	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,20
2370	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	109,83	118,62	125,73	141,46	135,60	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,26
2371	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	109,83	118,62	125,73	141,46	135,60	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,86
2372	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,20	271,20	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,80
2373	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,20	271,20	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2374	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,79	40,68	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,31
2375	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,79	40,68	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,11
2376	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,36	81,36	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,84
2377	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,36	81,36	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,00
2378	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2026-01-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,80	18,14	19,23	25,49	25,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,65
2379	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2026-01-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,80	18,14	19,23	25,49	25,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2380	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,75	70,75	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2381	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,75	70,75	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2382	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2025-01-01 - dla kolumny 14; <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14; <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	193,74	209,24	221,79	235,93	110,77	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczień rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	128,36

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2383	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,60	107,57	114,03	126,18	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,26
2384	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,60	107,57	114,03	126,18	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,26
2385	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2024-07-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,12	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20
2386	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2024-07-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,12	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2387	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1><2><4>2025-07-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>2 lata 6 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	65,00	70,20	74,41	86,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczень rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	10,64
2388	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,50	66,42	70,41	82,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczень rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	6,64
2389	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,50	66,42	70,41	82,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczень rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	6,64
2390	Nabumetonom	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	12,88	14,73	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,08
2391	Nabumetonom	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	42,23	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,26

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2392	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	62,70	67,72	71,78	80,45	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	40,18

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2393	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	79,80	86,18	91,36	101,45	57,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	46,69

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2394	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	119,70	129,28	137,03	149,44	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	65,70

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2395	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	152,00	164,16	174,01	188,10	115,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczępieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmierne podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	75,38

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2396	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	182,63	197,24	209,08	225,49	173,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	55,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2397	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	245,60	265,25	281,17	299,32	231,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednią częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	73,17
2398	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	192,00	207,36	219,80	238,89	238,89	Leczenie zaparcí indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonistą opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2399	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	14,57	15,44	19,89	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,73
2400	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	27,24	29,42	31,18	38,22	31,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,05
2401	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,23	7,81	8,35	10,90	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,92
2402	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	20,75	22,41	23,76	29,70	23,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,75
2403	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,49	15,65	16,59	21,04	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,07
2404	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,20	7,78	8,32	10,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,20
2405	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	17,68	13,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2406	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,20	7,78	8,32	10,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,20
2407	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	2026-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	19,90	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,74
2408	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	5,78	6,32	8,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,89
2409	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	16,70	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,73
2410	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2025-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	8,00	8,64	9,18	12,03	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,63
2411	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2025-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,39
2412	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	10,07	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,44
2413	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,50	16,74	17,74	22,48	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2414	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,90	15,01	15,91	19,43	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,23
2415	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	42,89	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,82
2416	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	7,91	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,99
2417	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	14,92	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,08
2418	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,94	16,14	17,11	21,85	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,09
2419	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,88	32,27	34,20	41,60	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
2420	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	9,63	10,40	11,03	14,63	12,60	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	5,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2421	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,13	43,13	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2422	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,13	43,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2423	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,91	70,91	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2424	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,91	70,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2425	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,15	15,28	16,20	22,10	22,10	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2426	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315	2025-10-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,15	15,28	16,20	22,10	22,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2427	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,92	34,92	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2428	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,92	34,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2429	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	7,76	8,38	8,92	10,66	4,58	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,28
2430	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	11,89	12,84	13,61	16,29	7,93	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,56
2431	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2025-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,20	7,78	8,32	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2432	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2025-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,47	10,23	10,84	14,31	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,23
2433	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,05	8,69	9,23	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2434	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2024-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,00	17,28	18,32	24,39	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2435	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	8,16	8,70	12,17	12,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2436	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,22	16,44	17,42	23,18	23,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2437	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,44	32,88	34,85	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2438	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,43	12,34	13,09	16,56	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,73
2439	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,98	18,34	19,44	25,20	24,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,95
2440	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,18	13,15	13,94	17,41	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2441	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2024-07-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,52	12,44	13,19	16,66	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,58
2442	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2025-01-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,95	11,83	12,54	16,01	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,93
2443	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990673865	2025-07-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	16,06	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,98
2444	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2023-03-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,90	9,61	10,18	13,65	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,57
2445	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2025-01-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,20	16,42	17,40	23,16	23,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2446	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2026-01-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,62	8,23	8,77	12,24	12,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2447	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2023-09-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,05	8,69	9,23	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2448	Nebivololum	Nebivolol Medreg, tabl., 5 mg	28 szt.	08595566454210	2026-01-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,20	7,78	8,32	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2449	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2024-10-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,50	30,78	32,63	40,70	40,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2450	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2024-10-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,50	9,18	9,73	13,41	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,45
2451	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519	2025-01-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,40	15,55	16,48	22,24	22,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2452	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526	2025-01-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,80	31,10	32,97	41,59	41,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2453	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2024-04-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,08	14,13	14,97	18,44	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2454	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	2025-01-01	3 lata	141.4. Niesteroïdowe leki przeciwwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,70	12,64	13,39	18,19	18,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,10
2455	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990694778	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0. Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,55	3,83	4,37	5,97	4,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,51
2456	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990694785	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0. Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,10	7,67	8,21	10,96	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,84
2457	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990694761	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0. Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,20	5,62	6,16	8,91	8,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,20
2458	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990694754	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0. Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,48	11,32	12,00	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,40
2459	Norethisteroni acetat + Estradioli valeras	Clivelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	0590999067794	2025-01-01	3 lata	68.2. Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	16,80	18,14	19,23	23,63	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,30
2460	Octreotidum	Sandostatín, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1. Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	40,00	43,20	45,79	53,70	30,61	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,29
2461	Octreotidum	Sandostatín, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1. Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	30,00	32,40	34,34	39,50	15,30	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynych innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,40

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2462	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	519,22	560,76	594,40	623,80	612,24	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,76
2463	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1038,45	1121,53	1188,82	1230,45	1224,49	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,16
2464	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1557,67	1682,28	1783,22	1836,73	1836,73	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2465	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpowrotne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,20	55,30	58,61	72,30	72,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2466	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	38,88	38,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2467	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,80	72,14	76,47	89,84	89,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2468	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,59	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,25
2469	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,50	144,18	152,83	170,20	170,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2470	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,60	144,29	152,95	170,32	170,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2471	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,40	149,47	158,44	175,81	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2472	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,60	37,37	39,61	49,00	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,93
2473	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,59	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2474	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,40	63,07	66,85	80,22	80,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2475	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,50	63,18	66,97	80,34	80,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2476	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	184,00	198,72	210,64	231,31	231,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2477	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,80	86,18	91,36	106,75	106,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2478	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,40	114,91	121,80	139,17	139,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2479	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,20	31,54	33,43	42,82	42,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2480	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,25	31,59	33,49	42,88	42,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2481	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,54	91,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2482	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,61	48,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2483	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,30	74,84	79,34	92,71	92,54	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,37
2484	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,30	74,84	79,34	92,71	92,54	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,37
2485	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	241,00	260,28	275,90	296,57	296,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2486	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	244,00	263,52	279,33	300,00	300,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2487	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	157,67	175,04	175,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2488	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,83	46,27	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,76
2489	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,50	130,14	137,95	154,33	154,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,23
2490	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,08	130,77	138,61	154,99	154,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2491	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991535117	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2492	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991534776	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2493	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535018	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	157,67	175,04	175,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2494	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,83	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,76
2495	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,90	40,93	43,38	56,75	56,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2496	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,85	61,40	65,08	80,47	80,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2497	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,95	20,47	21,70	31,09	31,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2498	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,80	77,54	82,20	95,57	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,23
2499	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,20	117,94	125,01	140,40	138,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,07
2500	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	184,06	184,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2501	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,90	38,77	41,09	50,48	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,41
2502	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,77	79,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2503	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,77	79,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2504	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,60	28,73	30,46	39,85	39,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2505	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,20	72,58	76,93	90,30	90,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2506	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,88	44,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2507	Olanzapinum	Olaxax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,89	83,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2508	Olanzapinum	Olaxax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,65	44,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2509	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,89	83,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2510	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	92,40	99,79	105,78	121,17	121,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2511	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,20	133,06	141,04	158,41	158,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2512	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,65	44,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2513	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,00	69,12	73,27	86,64	86,64	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2514	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,88	44,88	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2515	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	286,72	309,66	328,23	349,99	349,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2516	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	274,20	296,14	313,90	336,28	336,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2517	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2518	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,10	80,03	84,83	98,52	98,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2519	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,04	156,64	166,04	183,41	183,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2520	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	155,40	167,83	177,90	195,62	195,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2521	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	233,10	251,75	266,86	286,91	286,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,60
2522	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,50	111,78	118,49	133,88	133,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2523	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,00	149,04	157,98	175,35	175,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2524	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	143,36	154,83	164,12	181,49	181,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2525	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>3 lata/<2><3>>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,10	148,07	156,96	174,68	174,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2526	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>2 lata 9 miesięcy/<2><3>>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,01	38,89	41,22	50,61	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,79
2527	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,50	41,58	44,07	53,76	49,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,38
2528	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>2 lata 9 miesięcy/<2><3>>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,52	78,32	83,02	96,39	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,05
2529	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,70	83,92	88,95	102,64	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,69
2530	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>2 lata 3 miesiące/<2><3>>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	116,55	125,87	133,42	149,23	148,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,30
2531	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>3 lata/<2><3>>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,32	81,35	86,23	99,60	92,54	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,23
2532	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	2023-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>>3 lata/<2><3>>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,90	44,17	46,82	60,19	60,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2533	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,90	47,41	50,25	63,62	63,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2534	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,00	59,40	62,96	76,33	76,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2535	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,54	91,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2536	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,54	91,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2537	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,83	222,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,72
2538	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,83	222,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,72
2539	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,43	110,62	117,27	132,66	132,66	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,03
2540	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	267,74	289,16	306,50	327,71	327,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2541	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	136,57	147,50	156,34	173,71	173,71	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2542	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,99	385,55	408,68	432,62	432,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,44
2543	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	34,46	34,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2544	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,95	23,71	25,13	34,52	34,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2545	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,48	46,27	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,87
2546	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,48	46,27	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,87
2547	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,58	115,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,17
2548	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,58	115,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2549	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	312,48	337,48	357,73	380,11	380,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,52
2550	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	106,07	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,11
2551	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	106,07	99,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,11
2552	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	242,10	261,47	277,16	297,21	297,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64
2553	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,15	126,52	134,11	149,92	148,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,39
2554	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	351,45	379,57	402,34	425,89	425,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,96
2555	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,20	168,70	178,82	196,54	196,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76
2556	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	468,60	506,09	536,46	563,51	563,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,28
2557	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,24	168,74	178,86	196,58	196,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2558	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,03	39,99	42,39	52,08	49,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,13
2559	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,35	43,58	46,19	55,88	49,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,55
2560	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,05	130,73	138,57	154,38	148,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,41
2561	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,55	59,99	63,59	75,40	74,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,82
2562	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	291,65	314,98	333,88	355,64	355,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2563	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,75	80,73	85,58	98,95	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,65
2564	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	219,97	237,57	251,82	271,40	271,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,06
2565	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	437,47	472,47	500,82	526,93	526,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2566	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,13	121,10	128,37	143,76	138,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,49
2567	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	329,96	356,36	377,74	400,59	400,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,10
2568	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	583,30	629,96	667,76	698,23	698,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	21,50
2569	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,51	161,47	171,16	188,53	185,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,48
2570	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	439,94	475,14	503,65	529,76	529,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13
2571	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,82	157,49	166,94	184,31	184,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2572	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,37	40,36	42,78	52,17	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,19
2573	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,98	118,78	125,91	141,30	138,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,27
2574	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,17	79,02	83,76	97,45	97,45	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2575	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	229,49	247,85	262,72	282,77	282,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,64
2576	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,90	127,33	134,97	150,78	148,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,17
2577	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	346,95	374,71	397,19	420,74	420,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,96
2578	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	174,96	185,46	203,18	198,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,15
2579	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	466,20	503,50	533,70	560,75	560,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,28
2580	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	39,19	41,55	51,24	49,58	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,37
2581	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,21	121,19	128,46	144,27	144,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,32
2582	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,96	77,72	82,38	95,75	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,77
2583	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	184,06	184,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2584	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	126,93	142,32	138,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,19
2585	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	222,60	240,41	254,84	274,42	274,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,06
2586	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,52	161,48	171,17	188,54	185,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,49
2587	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	299,04	322,96	342,34	364,10	364,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2588	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,16	36,89	39,11	48,50	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,89
2589	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,12	76,81	81,42	94,79	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,91
2590	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,25	62,91	66,69	80,06	80,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2591	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,00	120,96	128,22	145,59	145,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2592	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,80	31,10	32,97	42,36	42,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2593	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	92,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2594	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,74	112,04	118,76	134,15	134,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,03
2595	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,32	149,39	158,35	175,72	175,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2596	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,58	37,35	39,58	48,97	46,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,31
2597	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686803	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	420,28	453,90	481,14	507,54	507,51	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporeczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,23
2598	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686827	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	605,60	654,05	693,30	725,02	725,02	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporeczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2599	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686834	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	817,60	883,01	935,99	972,56	972,56	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporeczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32
2600	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto RespiMAT, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2026-01-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	128,99	139,31	147,67	161,88	109,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	85,29
2601	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto RespiMAT, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	2026-01-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	124,31	134,25	142,31	156,52	109,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	79,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2602	Omeprazolom	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,00	7,56	8,10	11,95	11,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2603	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,43	14,50	15,38	19,23	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,01
2604	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	18,00	19,44	20,61	26,91	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,46
2605	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,20	30,46	32,28	41,55	41,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,78
2606	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,50	11,34	12,02	15,87	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,65
2607	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	21,00	22,68	24,04	30,34	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,89
2608	Omeprazolom	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,50	8,10	8,64	12,49	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,27
2609	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,90	6,37	6,91	9,06	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,95
2610	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,62	13,63	14,45	18,30	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,08
2611	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	38,86	46,99	40,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	26,98
2612	Omeprazolom	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,31	20,85	22,11	28,41	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2613	Omeprazolom	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,28	4,62	5,16	9,21	9,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,61
2614	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,98	6,46	7,00	10,85	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,43
2615	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	13,47	19,77	19,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,89
2616	Omeprazolom	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,95	16,15	17,12	20,97	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,75
2617	Omeprazolom	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,90	24,73	26,21	32,51	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,06
2618	Omeprazolom	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	14,04	14,88	18,73	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,51
2619	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	5,18	5,72	9,57	9,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,79
2620	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	15,48	15,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,74
2621	Omeprazolom	Ułtop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,92	11,79	12,51	16,36	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,14
2622	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacię do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2623	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacię do podawania doustnego	15,95	17,23	18,26	24,27	22,72	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2624	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	25,90	27,97	29,65	38,58	38,58	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2625	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2024-07-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	2,88
2626	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,95	17,23	18,26	24,27	22,72	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,75
2627	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2628	Ondansetronum	Zofran Zydys, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2629	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	25,06	22,14	Padaczka		ryczałt	6,12
2630	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	46,90	44,29	Padaczka		ryczałt	5,81
2631	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	66,00	71,28	75,56	88,57	88,57	Padaczka		ryczałt	3,20
2632	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2026-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,69	38,55	40,86	49,98	44,29	Padaczka		ryczałt	8,89
2633	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2026-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	72,99	78,83	83,56	96,57	88,57	Padaczka		ryczałt	11,20
2634	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2025-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,25	38,07	40,36	49,48	44,29	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	8,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2635	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2025-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - płynne postacie farmaceutyczne	62,78	67,80	71,87	84,51	84,51	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	3,20
2636	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2025-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	70,49	76,13	80,70	93,71	88,57	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	8,34
2637	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2025-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	14,60	15,77	16,72	21,41	17,65	Stwardnienie rozsiane		30%	9,06
2638	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	5,66	6,11	6,65	9,37	8,83	Stwardnienie rozsiane		30%	3,19
2639	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	11,32	12,23	12,96	17,65	17,65	Stwardnienie rozsiane		30%	5,30
2640	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,46	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	13,34
2641	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,46	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,34
2642	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,20	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	18,76
2643	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,20	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,76
2644	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	128,00	138,24	146,53	162,54	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	24,67
2645	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	128,00	138,24	146,53	162,54	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,67
2646	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,44	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,98
2647	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,44	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,98
2648	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	256,00	276,48	293,07	313,33	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	37,60
2649	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	256,00	276,48	293,07	313,33	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	37,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2650	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,16	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,04
2651	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,16	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,04
2652	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,59	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,15
2653	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,59	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,15
2654	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,15	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,28
2655	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,15	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,28
2656	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,94	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,48
2657	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,94	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,48
2658	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,56	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,83
2659	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,56	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2660	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,84	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,72
2661	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,84	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,72
2662	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,70	63,40	67,20	79,21	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	11,77
2663	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,70	63,40	67,20	79,21	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,77
2664	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,45	134,41	142,47	158,48	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	20,61
2665	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,45	134,41	142,47	158,48	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,61
2666	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,75	17,01	18,04	23,59	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2667	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,75	17,01	18,04	23,59	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,13
2668	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,15	279,88	296,68	316,94	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	41,21
2669	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940	2026-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,15	279,88	296,68	316,94	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,21
2670	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	67,80	73,22	77,62	90,01	86,68	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	3,33
2671	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	137,00	147,96	156,84	173,23	173,23	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2672	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	274,00	295,92	313,68	334,36	334,36	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2673	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2025-10-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,90	36,61	38,80	47,45	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	4,11
2674	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	30,30	32,72	34,69	43,34	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2675	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	60,60	65,45	69,38	81,77	81,77	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2676	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	121,20	130,90	138,75	155,14	155,14	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2677	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	17,10	18,47	19,58	25,37	21,67	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	3,70
2678	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	72,69	78,51	83,21	95,60	86,68	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	8,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2679	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	134,24	144,98	153,67	170,06	170,06	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2680	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	268,38	289,85	307,24	327,92	327,92	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2681	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,56	36,24	38,42	47,07	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	3,73
2682	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188713	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,60	485,60	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2683	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188720	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,18	729,18	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2684	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188706	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,13	365,13	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2685	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009065	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,60	485,60	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2686	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009058	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,18	729,18	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2687	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009089	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	196,00	211,68	224,38	243,60	243,60	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2688	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009072	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,13	365,13	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2689	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. 1 ml	05909991475468	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,60	485,60	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2690	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. 1,5 ml	05909991475475	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,18	729,18	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2691	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. 0,75 ml	05909991475420	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,13	365,13	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2692	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1108,78	1197,48	1269,33	1310,78	1281,34	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	29,44
2693	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1475,56	1593,60	1689,22	1738,48	1705,20	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	33,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2694	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	2213,33	2390,40	2533,82	2598,79	2557,80	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	40,99
2695	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	468,00	505,44	535,77	561,16	487,20	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	73,96
2696	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	714,00	771,12	817,39	848,70	730,80	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	117,90
2697	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2025-10-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	351,00	379,08	401,82	424,13	365,40	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	58,73
2698	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,48	48,48	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	13,09
2699	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,48	48,48	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2700	Pantoprazolum	Anestoloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,06	8,70	9,24	11,39	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,45
2701	Pantoprazolum	Anestoloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,97	15,09	15,99	19,84	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,26
2702	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	17,50	18,54	24,84	24,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2703	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,09	3,34	3,88	5,18	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,63
2704	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	32,40	34,99	37,09	46,36	46,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,86
2705	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,01	6,49	7,03	9,18	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,07
2706	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,02	3,26	3,80	5,10	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,55
2707	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,04	6,52	7,06	9,21	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,10
2708	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,60	6,05	6,59	8,74	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,63
2709	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,20	12,10	12,82	16,67	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,45
2710	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,24	4,58	5,12	7,27	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,16
2711	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,48	9,16	9,71	13,56	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,34
2712	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,78	7,32	7,86	10,01	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,90
2713	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,36	14,43	15,29	19,14	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2714	Pantoprazolom	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,00	5,40	5,94	8,09	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,98
2715	Pantoprazolom	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,00	10,80	11,45	15,30	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,08
2716	Pantoprazolom	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,13	15,26	16,18	21,53	20,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,53
2717	Pantoprazolom	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,26	30,52	32,36	40,49	40,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,48
2718	Pantoprazolom	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,60	12,53	13,28	17,13	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,91
2719	Pantoprazolom	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,88	6,35	6,89	9,04	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,93
2720	Pantoprazolom	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	13,47	17,32	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,10
2721	Pantoprazolom	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,20	25,06	26,56	32,86	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,41
2722	Pantoprazolom	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,00	4,32	4,86	7,01	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,90
2723	Pantoprazolom	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,75	9,45	10,02	13,87	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,65
2724	Pantoprazolom	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	13,03	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2725	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,50	18,90	20,03	26,33	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,88
2726	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,45	3,73	4,27	6,42	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,31
2727	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2728	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,06	5,46	6,00	8,15	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,04
2729	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,15	10,96	11,62	15,47	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,25
2730	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,25	4,59	5,13	7,28	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,17
2731	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,35	9,02	9,56	13,41	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,19
2732	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,50	9,18	9,73	13,58	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,36
2733	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,20	4,54	5,08	7,23	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,12
2734	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,30	8,96	9,50	13,35	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,13
2735	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,90	4,21	4,75	6,90	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2736	Pantoprazololum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2737	Pantoprazololum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2738	Pantoprazololum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,82	14,93	15,82	22,12	22,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,06
2739	Pantoprazololum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	7,34	7,88	10,03	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,92
2740	Pantoprazololum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,81	9,51	10,09	13,94	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,72
2741	Pantoprazololum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,60	14,69	15,57	19,42	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,20
2742	Pantoprazololum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	5,78	6,32	8,47	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,36
2743	Pantoprazololum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,70	11,56	12,25	16,10	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,88
2744	Paroxetineum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,75	12,69	13,46	17,67	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,01
2745	Paroxetineum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990425877	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,00	14,04	14,88	19,09	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,43
2746	Paroxetineum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990425884	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	26,00	28,08	29,76	36,52	30,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2747	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991323615	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,30	8,96	9,50	13,71	13,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,11
2748	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991323646	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,77	25,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,73
2749	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909990798360	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	27,66	29,87	31,67	40,63	40,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,19
2750	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,50	9,18	9,73	13,94	13,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,18
2751	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,20	14,26	15,11	19,32	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66
2752	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	26,40	28,51	30,22	36,98	30,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,66
2753	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,40	13,39	14,19	18,40	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,74
2754	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,50	11,34	12,02	16,23	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,57
2755	Patiromer calcium	Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 g	30 sasz.	07640166811459	2024-04-01	2 lata	270.0, Leki stosowane w leczeniu hiperkaliemii i hiperfosfatemii	806,00	870,48	922,71	959,01	959,01	Leczenie hiperkaliemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
2756	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2023-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	60,00	64,80	68,69	81,01	81,01	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
2757	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	6,90	7,45	7,99	11,43	11,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2758	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	13,80	14,90	15,80	21,52	21,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2759	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	2,00	2,16	2,70	3,65	2,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2760	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	2026-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyzna	2,80	3,02	3,56	5,26	5,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2761	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyzna	3,35	3,62	4,16	6,11	6,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2762	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2025-01-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyzna	8,97	9,69	10,27	13,71	12,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,93
2763	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyzna	2,51	2,71	3,25	4,20	2,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,79
2764	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2023-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyzna	4,48	4,84	5,38	7,33	6,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,02
2765	Perindoprilil tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	19,83	21,02	24,43	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,94
2766	Perindoprilil tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	19,83	21,02	24,43	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,94
2767	Perindoprilil tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	9,91	10,51	12,44	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,69
2768	Perindoprilil tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	9,91	10,51	12,44	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,69
2769	Perindoprilil tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	26,31	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	20,82
2770	Perindoprilil tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,20	6,70	7,24	8,43	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,43
2771	Perindoprilil tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	14,19	16,12	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2772	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,85	10,64	11,28	13,21	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,41
2773	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	35,42	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,94
2774	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,73	19,15	20,29	22,22	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,52
2775	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,36	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,87
2776	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,36	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,87
2777	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	12,41	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,66
2778	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,80	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,31
2779	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,80	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,31
2780	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,54	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,79
2781	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,54	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,79
2782	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,15	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	32,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2783	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,79	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,64
2784	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,15	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	32,09
2785	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,79	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,64
2786	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2026-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	9,56	9,56	Padaczka		ryczałt	2,88
2787	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	2025-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	9,56	9,56	Padaczka		ryczałt	2,88
2788	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	24,03	25,95	27,51	35,20	34,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,53
2789	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	35,36	38,19	40,48	49,98	49,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2790	Phenoxymethylpenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	25,69	27,75	29,41	37,27	37,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2791	Phenoxymethylpenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	12,33	13,32	14,12	19,10	19,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2792	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	2024-04-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Padaczka		ryczałt	2,88
2793	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	2024-04-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	40,83	44,10	46,74	56,86	56,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
2794	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990846320	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	18,62	20,11	21,32	27,77	23,55	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,29
2795	Pitolisantum	Wakix, tabl. powł., 18 mg	30 szt.	03760254600377	2026-01-01	2 lata	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	970,08	970,08	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2796	Pitolisantum	Wakix, tabl. powł., 4,5 mg	30 szt.	03760254600360	2026-01-01	2 lata	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	970,08	970,08	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2797	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2025-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,30	268,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2798	Posaconazolom	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,50	704,50	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wstąpienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łagodne u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2799	Posaconazolom	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	706,79	706,79	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2800	Posaconazolom	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,50	704,50	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2801	Posaconazolom	Posaconazole Viatrix, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	597,50	645,30	684,02	715,38	706,79	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	11,79
2802	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	17,40	18,79	19,92	26,28	23,08	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	10,12
2803	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,60	46,01	48,77	59,03	56,52	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	19,47
2804	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,00	68,04	72,12	84,78	84,78	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	25,43

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2805	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg	30 szt.	05909991238667	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	85,20	92,02	97,53	111,79	111,79	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	33,54
2806	Prednisolonum	Encortonol, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	8,90	9,61	10,18	13,13	9,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,24
2807	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	18,70	20,20	21,41	28,08	27,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,01
2808	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	25,00	27,00	28,62	36,36	36,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27
2809	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	18,70	20,20	21,41	28,08	27,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,01
2810	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,60	1,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,54
2811	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,60	1,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,60
2812	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	24,87	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	15,79

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2813	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	24,87	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	12,91
2814	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	34,36	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miastyczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	15,80
2815	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	34,36	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,96
2816	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	36,43	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miastyczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	13,88
2817	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	36,43	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,08
2818	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	14,89	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miastyczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,54
2819	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	14,89	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2820	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	0,78	0,84	1,38	2,13	1,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,13
2821	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	0,78	0,84	1,38	2,13	1,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,08
2822	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,09
2823	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89
2824	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,80
2825	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2826	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,50	21,06	22,32	28,99	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,98
2827	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,50	21,06	22,32	28,99	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,65
2828	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2829	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
2830	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,09
2831	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2832	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,80
2833	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53
2834	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,00	20,52	21,75	28,42	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,41
2835	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,00	20,52	21,75	28,42	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,08
2836	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,50	24,30	25,76	33,07	31,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,87
2837	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,50	24,30	25,76	33,07	31,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2838	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,49	21,05	22,31	28,98	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,97
2839	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,49	21,05	22,31	28,98	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,64
2840	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2841	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
2842	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	37,50	40,50	42,93	52,67	52,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,67
2843	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	37,50	40,50	42,93	52,67	52,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2844	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	17,30	18,68	19,81	26,45	24,72	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2845	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	74,40	80,35	85,17	98,88	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2846	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	77,60	83,81	88,84	102,55	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,87
2847	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	77,80	84,02	89,07	102,78	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,10
2848	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	9,70	10,48	11,10	15,21	12,36	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,05
2849	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	37,20	40,18	42,58	52,29	49,44	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,05
2850	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	79,72	86,10	91,26	105,27	105,27	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
2851	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	39,86	43,05	45,63	55,64	52,97	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,28
2852	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	24,00	25,92	27,48	38,61	38,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2853	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	29,00	31,32	33,20	46,91	46,91	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2854	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	36,00	38,88	41,21	56,34	56,34	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
2855	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	13,44	14,52	15,39	22,03	22,03	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2856	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	19,00	20,52	21,75	31,46	31,46	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2857	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	97,25	105,03	111,34	126,11	123,60	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,24
2858	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	48,63	52,52	55,67	66,44	61,80	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,84
2859	Progesteronum	Cyclogest, glob. douchwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i douchwowe	49,30	53,24	56,44	67,61	67,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2860	Progesteronum	Cyclogest, glob. douchwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i douchwowe	50,00	54,00	57,24	68,41	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2861	Progesteronum	Luteina, tabl. douchwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i douchwowe	48,00	51,84	54,95	62,69	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,85
2862	Progesteronum	Luteina, tabl. douchwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i douchwowe	96,00	103,68	109,90	121,07	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	53,79
2863	Progesteronum	Luteina, tabl. douchwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i douchwowe	81,60	88,13	93,42	104,59	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,96
2864	Progesteronum	Luteina, tabl. douchwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i douchwowe	24,00	25,92	27,48	32,51	17,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,75
2865	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2024-04-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i douchwowe	12,90	13,93	14,76	16,71	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,30
2866	Progesteronum	Utrogestan, kaps. douchwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i douchwowe	29,00	31,32	33,20	40,94	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2867	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	30,00	32,40	34,34	42,08	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,44
2868	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	37,40	40,39	42,81	52,55	51,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	6,57
2869	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	30.0, Leki przeciwartymiczne klasy I C - propafenon	5,19	5,61	6,15	8,75	8,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
2870	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	4,43	5,46	2,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyńniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyńniaki płaskie; naczyńniaki jamiste	ryczałt	4,91
2871	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	6,63	9,40	9,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyńniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyńniaki płaskie; naczyńniaki jamiste	ryczałt	2,88
2872	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2025-01-01	5 lat	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazinamid	125,00	135,00	143,10	159,71	159,71	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2873	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2025-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pyridostygminy	90,86	98,13	104,01	118,66	118,66	Miastenia		ryczałt	4,80
2874	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2025-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pyridostygminy	90,86	98,13	104,01	118,66	118,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	32,04
2875	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,50	32,94	34,92	44,38	44,38	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2876	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,00	66,96	70,98	84,44	84,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2877	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,25	5,55	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,90
2878	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	93,00	100,44	106,47	121,93	121,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2879	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	85,58	85,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2880	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,00	103,68	109,90	125,36	125,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2881	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,00	140,40	148,82	166,28	166,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2882	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,59	38,44	40,75	50,21	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,98
2883	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	75,82	80,36	93,82	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,15
2884	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	120,20	135,66	133,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,16
2885	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,99	56,15	59,52	70,98	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,53
2886	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,32	74,87	79,36	92,82	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2887	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,98	112,30	119,04	134,50	133,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,00
2888	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,64	149,73	158,72	176,18	176,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2889	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,35	18,74	19,86	26,32	22,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,30
2890	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,00	63,72	67,54	79,67	74,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,82
2891	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990081233	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	51,47	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,24
2892	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,50	126,90	134,51	150,64	148,11	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,86
2893	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990081196	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,50	77,22	81,85	95,31	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,64
2894	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,32	19,79	20,97	26,59	18,51	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,28
2895	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,85	112,16	118,89	134,35	133,30	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,85
2896	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,40	42,55	45,10	54,56	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD-10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2897	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,00	84,24	89,29	102,75	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,37
2898	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,50	5,94	6,48	8,68	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,70
2899	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,05	36,77	38,98	48,44	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,21
2900	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,10	73,55	77,97	91,43	88,87	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76
2901	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,92	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,57
2902	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,15	110,32	116,94	132,40	132,40	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2903	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,24	55,34	58,65	70,11	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,66
2904	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,32	73,79	78,21	91,67	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,00
2905	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,48	110,68	117,32	132,78	132,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2906	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	132,00	142,56	151,11	168,57	168,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2907	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,27	18,65	19,77	26,23	22,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,21
2908	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,24	40,22	42,63	52,09	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,86
2909	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,50	59,94	63,54	75,00	66,65	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,55
2910	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,48	80,44	85,27	98,73	88,87	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,06
2911	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	6,37	8,57	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,22
2912	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,72	120,66	127,89	143,35	133,30	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,85
2913	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,41	56,60	59,99	71,45	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,00
2914	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	80,14	93,60	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2915	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	120,20	135,66	133,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	7,16
2916	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,00	151,20	160,27	177,73	177,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	6,40
2917	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	9,90	13,85	11,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	5,94
2918	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,38	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	7,15
2919	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,31	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	5,64
2920	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,33	4,68	5,22	7,42	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	5,07
2921	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	39,95	42,35	51,81	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	9,52
2922	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,99	78,83	83,56	97,02	88,87	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	10,22
2923	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,19	5,61	6,15	8,35	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	5,40
2924	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,09	117,82	124,89	140,35	133,30	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	10,67

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2925	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	39,27	48,73	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	7,50
2926	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,60	74,09	78,54	92,00	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	6,33
2927	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,90	111,13	117,80	133,26	133,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	4,80
2928	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,80	12,74	13,51	15,93	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,04
2929	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	13,23	3,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,22
2930	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	19,37	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	15,71
2931	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,68	25,57	27,11	31,38	15,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	24,05
2932	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	8,53	9,47	1,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	9,47
2933	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	10,02	10,63	16,31	16,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80
2934	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,32	16,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80
2935	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,50	18,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2936	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	34,81	34,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,60
2937	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	10,00	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2938	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	13,14	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2939	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,48	21,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2940	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,40	11,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2941	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,60	15,77	16,72	22,40	22,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2942	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,65	3,94	4,48	6,41	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,66
2943	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,30	7,88	8,42	11,83	11,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2944	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,00	14,04	14,88	20,28	20,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,76
2945	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,95	9,67	10,25	15,93	15,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2946	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,99	9,71	10,29	15,97	15,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2947	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	16,21	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2948	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,32	16,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2949	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,18	31,51	33,40	41,92	41,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	23,04
2950	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,30	4,64	5,18	7,11	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,92
2951	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,50	7,02	7,56	10,97	10,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2952	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,55	7,07	7,61	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2953	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,55	7,07	7,61	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2954	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	7,17	7,71	11,12	11,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2955	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,00	7,56	8,10	11,51	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,76
2956	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,62	14,71	15,60	21,00	21,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,76
2957	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,79	15,97	16,93	22,33	22,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2958	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,86	44,13	46,77	56,95	56,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	32,26
2959	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	11,03	11,69	16,10	16,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,06
2960	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	6,04	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,32
2961	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,81	7,35	7,89	11,10	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,37
2962	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,29	7,87	8,41	11,62	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,84
2963	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,43	22,06	23,39	30,39	30,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	16,13
2964	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	16,10	16,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2965	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,45	2,65	3,19	5,02	5,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2966	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,70	5,08	5,62	8,83	8,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2967	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,00	11,88	12,59	17,99	17,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2968	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,50	5,94	6,48	9,69	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2969	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,39	13,38	14,18	19,58	19,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2970	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	14,19	19,59	19,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2971	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,45	13,45	14,26	19,66	19,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2972	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,45	13,45	14,26	19,66	19,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2973	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2974	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2975	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2976	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,55	13,55	14,36	19,76	19,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2977	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,60	13,61	14,43	19,83	19,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2978	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	16,03	21,43	21,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2979	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	7,02	8,85	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2980	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2981	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2982	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2983	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2984	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,30	8,96	9,50	12,71	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,58
2985	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	20,06	20,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2986	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,16	20,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2987	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,95	13,99	14,83	20,23	20,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2988	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,20	15,34	16,25	21,93	21,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2989	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,08	46,53	49,31	59,83	59,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	38,40
2990	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,55	3,83	4,37	6,30	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,55

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2991	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,77	11,63	12,33	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,60
2992	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,39	6,90	7,44	10,65	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2993	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,40	6,91	7,45	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2994	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,45	6,97	7,51	10,72	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2995	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,10	7,67	8,21	11,62	11,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2996	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,54	23,26	24,66	31,91	31,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	19,20
2997	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,68	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,30
2998	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,85	8,48	9,02	11,77	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,25
2999	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,68	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,30
3000	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,85	8,48	9,02	11,77	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,25
3001	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3002	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,94	32,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,89
3003	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3004	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3005	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3006	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,94	32,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,89
3007	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3008	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3009	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,53	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3010	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3011	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,53	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3012	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3013	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,26
3014	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,80
3015	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,26
3016	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,80
3017	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,45	11,29	11,97	13,80	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,45
3018	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,40	14,47	15,34	18,55	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,42
3019	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,40	11,23	11,90	15,31	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,82
3020	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,49	8,09	8,63	10,56	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	7,81
3021	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	8,05	8,59	10,42	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,07
3022	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,63	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,50
3023	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277	2026-01-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,95	23,71	25,13	30,53	22,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3024	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291	2026-01-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,95	23,71	25,13	30,53	22,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,49
3025	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239	2026-01-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,95	18,31	19,41	22,62	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
3026	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253	2026-01-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,95	18,31	19,41	22,62	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
3027	Relugolixum	Orgovyx, tabl. powł., 120 mg	30 szt.	05055565785270	2026-01-01	2 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	368,00	397,44	421,29	445,93	445,93	Nowotwory złośliwe - zaawansowana postać hormonozależnego raka gruczołu krokowego u pacjentów dorosłych		bezpłatny do limitu	0,00
3028	Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate	Ryeqo, tabl. powł., 40+1+0,5 mg	28 szt.	05997001377949	<1>2025-04-01/<2>2025-10-01	2 lata	78.3, Hormony podwzgórza i przysadki - antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów	289,00	312,12	330,85	353,00	353,00	<1>Leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym; <2>Objawowe leczenie endometriozy u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, które wcześniej były leczone farmakologicznie lub chirurgicznie;		30%	105,90
3029	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	115,00	124,20	131,65	147,68	141,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,29
3030	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	230,00	248,40	263,30	283,59	283,59	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3031	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	143,75	155,25	164,57	182,15	175,62	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,88
3032	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	287,50	310,50	329,13	351,23	351,23	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3033	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2024-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	145,00	156,60	166,00	183,62	183,62	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3034	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,95	6,43	6,97	9,42	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,46
3035	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,00	16,20	17,17	22,91	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,64
3036	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,00	31,32	33,20	40,94	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,36
3037	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,00	32,40	34,34	42,94	42,94	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
3038	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	45,00	48,60	51,52	62,12	62,12	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,84
3039	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	57,50	62,10	65,83	78,15	78,15	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,12
3040	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,05	6,53	7,07	9,52	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,56
3041	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,30	13,28	14,08	18,39	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3042	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,20	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,93
3043	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,00	21,60	22,90	29,78	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,35
3044	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,20	6,70	7,24	9,69	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,73
3045	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,60	20,09	21,30	27,04	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,77
3046	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,80	13,82	14,66	18,97	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,86
3047	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	38,40	41,47	43,96	52,56	42,94	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,82
3048	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,95	19,39	20,55	26,29	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,02
3049	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	53,85	58,16	61,65	72,25	64,41	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,68

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3050	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	25,60	27,65	29,31	36,19	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
3051	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	76,80	82,94	87,92	100,24	85,88	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	19,48
3052	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,12	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,16
3053	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	31,30	33,80	35,83	43,57	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,99
3054	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,00	14,04	14,88	19,19	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,08
3055	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,60	17,93	19,01	24,75	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,48
3056	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,95	21,55	22,84	29,72	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,29
3057	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny + 2 igły do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058227	2025-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	111,09	119,98	127,18	142,99	137,21	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	8,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3058	Risperidonum	Risplept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058128	2025-01-01	3 lata	178,6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	171,03	184,71	195,79	214,09	205,82	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporezywego braku współpracy chorego		ryczałt	11,47
3059	Risperidonum	Risplept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058029	2025-01-01	3 lata	178,6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	222,20	239,98	254,37	274,42	274,42	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporezywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3060	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,12	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,16
3061	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,20	14,26	15,11	19,42	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,31
3062	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,10	21,71	23,01	28,75	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,48
3063	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	27,20	29,38	31,14	38,02	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,59
3064	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,50	5,94	6,48	8,93	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3065	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,39	13,38	14,18	19,21	17,89	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,52
3066	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	16,90	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,79
3067	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	24,79	26,77	28,38	36,12	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,54
3068	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991521738	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca	30%	10,14	

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3069	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991521745	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,70
3070	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991521790	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	12,38
3071	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991521776	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3072	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05907594033344	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	17,62	12,18	Żylnie powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	7,78
3073	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05907594033329	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	132,00	142,56	151,11	168,20	168,20	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	45,41
3074	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05907594033399	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,48	19,96	21,16	27,82	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	8,92

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3075	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05907594033405	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,96	39,92	42,31	52,04	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	14,60
3076	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05907594033412	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	55,44	59,88	63,47	75,34	75,34	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,34
3077	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	176,00	190,08	201,48	220,13	220,13	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	59,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3078	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,64	26,61	28,21	35,94	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	10,85
3079	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,28	53,22	56,42	67,58	67,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,24
3080	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	9,13
3081	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,50	29,70	31,48	38,14	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	20,23

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy

3082	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991440404	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	Profilaktyka udarów i zatorów krwi u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanych z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,03
3083	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991440350	2025-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,50	29,70	31,48	34,43	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udaru krwotocznego/lakunarnego w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową $< 30\%$ lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR < 15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwkrwotocznej, terapii przeciwkrwotocznej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	25,61
3084	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorów krwi płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorów krwi płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorów krwi płucnej u dorosłych		30%	11,14
3085	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,40	39,31	41,67	49,40	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorów krwi płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorów krwi płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorów krwi płucnej u dorosłych		30%	25,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3086	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991440442	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,42
3087	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	14,18	12,18	<1>Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	4,68
3088	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	14,18	12,18	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	5,08
3089	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482	2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	9,13

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3090	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991503581	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,03
3091	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991503604	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	76,05	76,05	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,54
3092	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 2,5 mg	56 szt.	05909991503512	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,00	21,60	22,90	27,92	17,06	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekcyjnej, terapii przeciwplatekcyjnej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	14,38

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3093	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991503635	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	11,14
3094	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991503642	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,42
3095	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991355258	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	17,62	12,18	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	8,64

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3096	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05909991355449	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	158,57	171,26	181,53	198,62	182,73	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	70,71
3097	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991355470	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	22,20	23,98	25,41	32,07	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	14,16
3098	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991355395	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	44,40	47,95	50,82	60,55	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	24,73

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3099	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909991355562	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	211,43	228,34	242,05	260,70	243,64	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	90,15
3100	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991355593	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	29,60	31,97	33,89	41,62	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	17,74
3101	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991355517	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	59,20	63,94	67,77	78,93	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	31,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3102	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991458430	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	34,50	37,26	39,50	47,54	36,55	Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	14,19
3103	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991458447	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	42,75	46,17	48,95	58,99	54,82	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,62
3104	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991458461	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	57,00	61,56	65,25	76,81	73,09	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	25,65
3105	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991492090	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,00	8,64	9,18	13,18	12,18	Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	4,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3106	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991492090	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,00	8,64	9,18	13,18	12,18	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	4,65
3107	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991492311	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	15,60	16,85	17,86	24,52	24,52	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	7,36
3108	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991492328	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	31,20	33,70	35,72	45,45	45,45	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	13,64

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3109	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991492342	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	46,80	50,54	53,58	65,45	65,45	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	19,64
3110	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991491963	2025-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	10,00	10,80	11,45	14,40	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwfibrinolitycznej, terapii przeciwfibrinolitycznej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	8,43
3111	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991492465	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,80	22,46	23,81	31,54	31,54	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	9,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3112	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991492472	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	41,60	44,93	47,63	58,79	58,79	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	17,64
3113	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 10 mg	15 szt.	05909991435509	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	17,25	18,63	19,75	25,02	18,27	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	9,95
3114	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991435561	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,95	22,63	23,99	30,65	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	12,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3115	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991435578	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,00	38,88	41,21	50,94	50,94	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,28
3116	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	98 szt.	05909991435615	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	126,00	136,08	144,24	161,18	161,18	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	48,35
3117	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991435646	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,95	30,19	32,00	39,73	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3118	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991435653	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,00	51,84	54,95	66,11	66,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	19,83
3119	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	98 szt.	05909991435684	2026-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	168,00	181,44	192,33	210,87	210,87	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	63,26
3120	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	74,50	80,46	85,29	89,29	12,18	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	80,31
3121	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,30	112,64	119,40	126,06	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	108,15
3122	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	312,90	337,93	358,20	370,07	76,75	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	316,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3123	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,30	112,64	119,40	127,13	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	103,25
3124	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05995327192956	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	Żylna powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	5,35
3125	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05995327192994	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,70
3126	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05995327193007	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	76,05	76,05	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	22,82

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3127	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 2,5 mg	56 szt.	05995327192918	2025-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	40,00	43,20	45,79	50,81	17,06	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową <30% lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej, terapii przeciwplatekowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	38,87
3128	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05995327193038	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,47
3129	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	13,00	14,04	14,88	18,88	12,18	Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	8,91
3130	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,30	29,48	31,26	37,92	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	18,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3131	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991528584	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,06	42,18	44,71	54,44	51,17	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,76
3132	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	05909991528485	2025-10-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,62	22,27	23,61	26,56	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udar krwotoczny/lakunarny w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową $< 30\%$ lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR < 15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej, terapii przeciwplatekowej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	18,53
3133	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,40	39,31	41,67	49,40	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	22,97
3134	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909991528607	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	52,08	56,25	59,62	70,78	68,22	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,73
3135	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991528614	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,16	112,49	119,24	134,40	134,40	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	36,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3136	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 4,6 mg/24h	8 szt.	05909991506483	2025-10-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	47,71	51,53	54,62	58,77	13,68	Choroba Alzheimera		30%	49,19
3137	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 9,5 mg/24h	8 szt.	05909991506551	2025-10-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	98,53	106,41	112,80	119,60	28,25	Choroba Alzheimera		30%	99,83
3138	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	2026-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	147,80	159,62	169,20	177,67	42,38	Choroba Alzheimera		30%	148,00
3139	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	2025-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,32	60,83	64,48	68,82	14,66	Choroba Alzheimera		30%	58,56
3140	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	2024-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	107,50	116,10	123,07	130,11	30,27	Choroba Alzheimera		30%	108,92
3141	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	2024-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	107,50	116,10	123,07	130,11	30,27	Choroba Alzheimera		30%	108,92
3142	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	2025-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	116,37	125,68	133,22	140,26	30,27	Choroba Alzheimera		30%	119,07
3143	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 szt.	05909991032609	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	178,75	193,05	204,64	213,11	42,38	Choroba Alzheimera		30%	183,44
3144	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909990066704	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	70,16	75,77	80,32	84,66	14,66	Choroba Alzheimera		30%	74,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3145	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909990066766	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	128,25	138,51	146,83	153,87	30,27	Choroba Alzheimera		30%	132,68
3146	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	15,00	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,70
3147	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	15,00	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,70
3148	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,13	20,66	21,90	24,95	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,36
3149	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	21,99	25,04	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,45
3150	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,90	40,93	43,38	48,55	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,36
3151	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,27	41,33	43,82	48,99	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,80
3152	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,70	31,00	32,85	37,09	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,20
3153	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,81	31,11	32,98	37,22	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3154	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	56,90	61,45	65,13	71,93	28,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,16
3155	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,40	61,99	65,71	72,51	28,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,74
3156	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	38,27	41,33	43,82	48,99	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,80
3157	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	38,42	41,49	43,99	49,16	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,97
3158	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	75,90	81,97	86,89	94,80	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,43
3159	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	76,53	82,65	87,61	95,52	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,15
3160	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	9,57	10,34	10,95	12,70	4,71	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,40
3161	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,13	20,66	21,90	24,95	9,42	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,36
3162	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	18,80	20,30	21,52	24,57	9,42	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3163	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	37,60	40,61	43,05	48,22	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,03
3164	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,20	29,38	31,14	35,38	14,13	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,49
3165	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,00	61,56	65,25	72,05	28,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,28
3166	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	37,60	40,61	43,05	48,22	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,03
3167	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	75,20	81,22	86,09	94,00	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,63
3168	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	6,53	7,05	7,59	9,34	4,71	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	6,04
3169	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,06	14,10	14,95	18,00	9,42	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,41
3170	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,13	28,22	29,92	35,09	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,90
3171	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,60	21,17	22,44	26,68	14,13	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3172	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	39,20	42,34	44,87	51,67	28,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	31,90
3173	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,13	28,22	29,92	35,09	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,90
3174	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	52,26	56,44	59,83	67,74	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,37
3175	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	16,00	17,28	18,32	21,37	9,42	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,78
3176	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	30,00	32,40	34,34	39,51	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,32
3177	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	42,70	46,12	48,88	55,68	28,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91
3178	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	55,10	59,51	63,08	70,99	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,62
3179	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	19,95	21,55	22,84	30,03	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	9,51
3180	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	40,15	43,36	45,96	56,40	56,40	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,92
3181	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	84,50	91,26	96,74	111,18	111,18	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3182	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,40	27,43	29,07	36,03	27,48	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,79
3183	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,35	5,78	6,32	8,41	5,50	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,56
3184	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	11,66	15,38	10,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,69
3185	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,30	21,92	23,24	29,36	21,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,97
3186	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,00	45,36	48,08	58,20	54,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,74
3187	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,00	25,92	27,48	34,67	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,15
3188	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	49,00	52,92	56,10	66,54	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	25,51
3189	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	95,00	102,60	108,76	123,20	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,14
3190	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,27	31,61	33,51	40,70	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,18
3191	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,54	63,22	67,01	77,45	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,42
3192	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,08	126,45	134,03	148,47	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,41
3193	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,26	31,60	33,50	40,69	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,17
3194	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,53	63,21	67,00	77,44	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3195	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,07	126,44	134,02	148,46	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,40
3196	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2026-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,00	25,92	27,48	34,67	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,15
3197	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2026-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	48,00	51,84	54,95	65,39	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	24,36
3198	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2026-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	96,00	103,68	109,90	124,34	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	42,28
3199	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,10	5,51	6,05	8,14	5,50	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,29
3200	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,17	10,98	11,64	15,36	10,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,67
3201	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,80	22,46	23,81	29,93	21,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,54
3202	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,00	56,16	59,53	69,65	54,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,19
3203	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,37	27,40	29,04	36,23	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,71
3204	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	51,15	55,24	58,56	69,00	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	27,97
3205	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	101,85	110,00	116,60	131,04	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	48,98
3206	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	28,30	30,56	32,40	39,59	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,07
3207	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	72,50	78,30	83,00	95,93	87,92	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3208	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	38,90	42,01	44,53	54,97	54,97	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,49
3209	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	38,98	42,10	44,63	55,07	55,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,52
3210	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	56,60	61,13	64,80	75,24	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,21
3211	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	145,00	156,60	166,00	182,93	175,84	Choroba i zespół Parkinsona		30%	59,84
3212	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	77,80	84,02	89,07	103,51	103,51	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,05
3213	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	77,96	84,20	89,25	103,69	103,69	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,11
3214	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	113,20	122,26	129,59	144,03	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	61,97
3215	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	290,00	313,20	331,99	353,27	351,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	107,09
3216	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	26,40	28,51	30,22	37,41	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,89
3217	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	52,80	57,02	60,45	70,89	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,86
3218	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	105,60	114,05	120,90	135,34	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	53,28
3219	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,27	5,69	6,23	8,82	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,30
3220	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,54	11,38	12,06	16,57	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3221	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,08	22,77	24,13	31,25	31,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,38
3222	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,90	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,14
3223	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3224	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,13	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
3225	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,11	22,80	24,17	31,29	31,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,45
3226	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	9,50	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,98
3227	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	6,59	9,33	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,41
3228	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,68	24,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,40
3229	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,10	17,39	18,44	24,80	24,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,44
3230	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,80	12,74	13,51	18,02	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,97
3231	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,50	11,34	12,02	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
3232	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,86	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
3233	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415	2023-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,63	45,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3234	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,80	34,34	36,41	45,75	45,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,73
3235	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,20	34,78	36,86	46,20	46,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,86
3236	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,47
3237	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,95	3,19	3,73	5,25	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,49
3238	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,05	8,69	9,23	13,12	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,24
3239	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,67	6,12	6,66	9,40	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,13
3240	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	9,17	9,72	13,61	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,26
3241	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	12,42	13,17	17,89	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
3242	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,99	18,35	19,45	25,81	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,24
3243	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,70	24,52	25,98	33,36	33,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,01
3244	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	3,07	3,61	5,21	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,03
3245	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,36	5,79	6,33	8,92	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,06
3246	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3247	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3248	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3249	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3250	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,72	46,14	48,90	59,24	59,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,99
3251	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	2,86	3,40	4,92	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,94
3252	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,90	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
3253	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,98	5,38	5,92	8,51	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
3254	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,96	10,76	11,40	15,91	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,86
3255	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,92	21,51	22,81	29,93	29,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,98
3256	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062	2026-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,49	2,69	3,23	4,75	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,99
3257	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,85	6,32	6,86	9,45	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,93
3258	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,18	18,55	19,67	26,03	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27
3259	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,77	9,47	10,04	13,70	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3260	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,35	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,77
3261	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,77	27,83	29,51	37,38	37,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
3262	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,70	12,64	13,39	17,90	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,85
3263	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,35	37,10	39,32	48,66	48,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,60
3264	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,56	18,96	20,10	26,13	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,55
3265	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,00	34,56	36,63	45,58	45,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,67
3266	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,54	55,66	59,00	70,34	70,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,10
3267	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,41	25,28	26,79	33,91	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,81
3268	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	68,71	74,21	78,66	91,97	91,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,59
3269	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,92	3,15	3,69	5,21	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,45
3270	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	9,28	9,84	13,73	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,85
3271	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,90	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,38
3272	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,38	16,61	17,60	23,63	23,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3273	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69
3274	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,77	33,23	35,23	44,18	44,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,25
3275	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009	2025-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,15	22,84	24,21	31,33	31,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,40
3276	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	61,55	66,47	70,46	83,25	83,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,98
3277	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,64	2,85	3,39	4,91	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,15
3278	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3279	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,65	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,04
3280	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,95	8,59	9,13	12,79	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,05
3281	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,22	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
3282	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,13	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
3283	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3284	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,22	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
3285	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,79	34,33	36,40	45,35	45,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3286	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3287	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,00	45,36	48,08	58,42	58,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,78
3288	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,90	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,93
3289	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3290	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	0590999077785	2025-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,55	5,99	6,53	9,12	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,60
3291	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,85	17,12	18,14	24,17	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,59
3292	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,38	27,41	29,05	36,92	36,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,08
3293	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2025-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,20	12,10	12,82	17,33	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,28
3294	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,24	45,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,57
3295	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	50,76	54,82	58,11	69,45	69,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,84
3296	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990777853	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,35
3297	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,29	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,26
3298	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3299	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	19,92	23,95	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3300	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3301	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,29	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,26
3302	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3303	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,83	18,18	19,27	23,30	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,27
3304	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3305	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	19,92	23,95	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,92
3306	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3307	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94
3308	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67
3309	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	28 szt.	05900411012713	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,16
3310	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	56 szt.	05900411012737	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,16	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,10
3311	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94
3312	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67
3313	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	28 szt.	05900411012775	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,16
3314	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	56 szt.	05900411012799	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,16	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,10
3315	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836	2025-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,16
3316	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	56 szt.	05900411012850	2025-10-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	31,36	33,87	35,90	42,16	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	21,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3317	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94
3318	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67
3319	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,84	14,33	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,81
3320	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,84	14,33	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,81
3321	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,84	14,33	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,81
3322	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53
3323	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3324	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53
3325	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3326	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	2024-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,26	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,23
3327	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53
3328	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3329	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,98	20,50	21,73	24,71	10,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,73
3330	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,43	26,38	27,97	32,14	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,17
3331	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2025-10-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	25,20	26,71	35,28	35,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3332	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2024-04-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,10	8,75	9,29	12,99	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3333	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	20,50	22,14	23,47	27,17	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,38
3334	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	34,43	37,18	39,42	45,52	25,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,87
3335	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	6,50	7,02	7,56	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
3336	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,46	58,21	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,71
3337	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	117,00	116,42	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,98
3338	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,46	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,45
3339	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	68,05	73,49	77,90	90,99	87,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,47
3340	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	49,60	53,57	56,79	67,33	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,32
3341	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	56,55	61,07	64,74	75,28	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,27
3342	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2025-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	12,44	13,44	14,25	19,26	19,26	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3343	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomoc lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25
3344	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomoc lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25
3345	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	404,17	404,17	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomoc lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	121,25
3346	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	220,00	237,60	251,86	271,84	271,84	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3347	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,8, Leki przeciwpyschotyczne - sertindol	293,50	316,98	336,00	358,28	358,28	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
3348	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178,8, Leki przeciwpyschotyczne - sertindol	74,48	80,44	85,27	99,22	97,09	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	5,33
3349	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636	2025-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	15,70	16,96	17,97	24,73	24,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,42
3350	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551	2025-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,85	8,48	9,02	13,23	13,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,97
3351	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2026-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,36	14,43	15,29	22,05	22,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,62
3352	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2026-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,68	7,21	7,75	11,96	11,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,59
3353	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2025-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	18,00	19,44	20,61	27,15	27,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,15
3354	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2025-01-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,00	9,72	10,30	14,32	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,37
3355	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2024-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,90	21,49	22,78	29,54	29,54	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,97
3356	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2024-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,62	10,39	11,02	15,23	15,23	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,11
3357	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375	2025-04-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	47,00	50,76	53,81	66,61	66,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	19,98
3358	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2025-07-01	3 lata	184,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,77	25,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3359	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351	2025-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	23,50	25,38	26,90	35,86	35,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,76
3360	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,38	9,05	9,59	13,80	13,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,14
3361	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,68	13,69	14,52	21,06	21,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,32
3362	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,58	14,67	15,54	22,30	22,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,69
3363	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	38,04	41,08	43,55	55,17	55,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,55
3364	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,34	6,85	7,39	11,41	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,42
3365	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,79	7,33	7,87	12,08	12,08	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,62
3366	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2026-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,02	20,54	21,77	29,85	29,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,96
3367	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,10	15,23	16,15	22,69	22,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,81
3368	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,05	7,61	8,15	12,17	12,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,65
3369	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,90	18,25	19,34	26,10	26,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,83
3370	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,45	9,13	9,68	13,89	13,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,17
3371	Sertralinum	Setalofit 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	18,65	20,14	21,35	28,11	28,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3372	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,65	9,34	9,90	14,11	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,23
3373	Sertralinum	Zolofit, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	22,10	23,87	25,30	31,84	28,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,94
3374	Sertralinum	Zolofit, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,00	12,96	13,74	17,76	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,81
3375	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	25,70	27,76	29,42	35,96	28,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,06
3376	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,50	14,58	15,45	19,47	14,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,52
3377	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,13	9,86	10,45	13,40	9,66	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	6,64
3378	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,48	13,48	14,29	19,31	19,31	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,79
3379	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	42,92	46,35	49,14	58,88	57,93	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	18,33
3380	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,62
3381	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,51

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3382	Sildenafil	Sildenafil Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2025-04-01	3 lata	76.0. Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,20
3383	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,69	2,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,15
3384	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,00	10,80	11,45	13,43	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,53
3385	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,50	17,82	18,89	22,40	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,05
3386	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	8,36	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3387	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,00	11,88	12,59	15,89	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,53
3388	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,11	4,44	4,98	6,14	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,30
3389	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,70	8,32	8,86	10,74	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,06
3390	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,40	16,63	17,63	20,93	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,57
3391	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,66	5,03	5,57	7,45	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3392	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,32	10,07	10,67	13,97	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,61
3393	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,10	5,51	6,05	7,26	2,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,29
3394	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,20	11,02	11,67	13,65	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,70
3395	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	19,76	20,95	24,46	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,56
3396	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	3,08	3,62	4,78	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3397	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,07	4,40	4,94	6,82	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,14
3398	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,35	4,70	5,24	7,22	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,27
3399	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,37	7,96	8,50	11,80	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,44
3400	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,64	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,22
3401	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,92	11,79	12,51	14,39	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3402	Simvastatinum	Simvasteryl, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	23,35	26,65	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,36
3403	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,60	4,97	5,51	6,67	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,83
3404	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,60	10,37	10,99	12,87	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,19
3405	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,90	17,17	18,20	21,50	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,14
3406	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,44	4,80	5,34	6,50	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3407	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,36	10,11	10,71	12,59	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,91
3408	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,20	11,02	11,67	13,65	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,70
3409	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,40	18,79	19,92	23,43	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,53
3410	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,00	5,40	5,94	7,10	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,26
3411	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	13,32	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3412	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,50	21,06	22,32	25,62	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,26
3413	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2><5>2025-01-01/<3>2026-01-01/<4>2025-10-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><5><6>3 lata/<3>2 lata/<4>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	418,06	451,50	478,59	504,80	497,09	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epiteloidalnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiatystych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	10,91
3414	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2><5>2025-01-01/<3>2026-01-01/<4>2025-10-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><5><6>3 lata/<3>2 lata/<4>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	836,12	903,01	957,19	994,18	994,18	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epiteloidalnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiatystych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3415	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,92
3416	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990055920	2024-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,05	62,69	66,45	73,28	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	52,75
3417	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991480509	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,80
3418	Sitagliptinum	Jazeta Novum, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	08594739274563	2025-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,80
3419	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05995327182650	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,55	22,19	23,52	30,35	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3420	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05995327182667	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	41,10	44,39	47,06	57,01	57,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,10
3421	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	26,13	28,22	29,92	36,75	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,22
3422	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	03838989721466	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,40	14,47	15,34	19,60	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,33
3423	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,44	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3424	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,32	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,79
3425	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,44	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,92
3426	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,31	11,13	11,80	16,06	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,21
3427	Sitagliptinum	Sitagliptin Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991497477	2024-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,80
3428	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263	2024-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,80
3429	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05903792662294	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,50	14,58	15,45	19,71	14,67	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	9,44
3430	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883	2025-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	17,90	19,33	20,49	27,32	27,32	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	8,20
3431	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991481131	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,44	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3432	Sitagliptinum	Sitagliptin TZF, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05904016030707	2025-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,50	21,06	22,32	29,15	29,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
3433	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05905669739351	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,42	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,89
3434	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,83	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
3435	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,18	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,69
3436	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,18	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,69
3437	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,18	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,69
3438	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,32	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,79
3439	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,97	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3440	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	2025-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,97	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,44
3441	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	2024-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,05	62,69	66,45	73,28	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	52,75
3442	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,45	24,25	25,70	32,77	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		30%	10,77
3443	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,45	24,25	25,70	32,77	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		30%	10,77
3444	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	2025-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,40	32,83	34,80	41,63	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,10
3445	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	2025-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,40	32,83	34,80	41,63	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,10
3446	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,80	30,02	31,83	38,66	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,13
3447	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,80	30,02	31,83	38,66	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,13
3448	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,69	36,39	38,57	45,64	31,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	23,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3449	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	2024-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,50	32,94	34,92	41,99	31,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,99
3450	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,50	32,94	34,92	41,99	31,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	17,99
3451	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	53,78	58,08	61,57	68,64	31,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	41,98
3452	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,85	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,77
3453	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,85	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,77
3454	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Sitagliptin + Metformin hydrochloride Grindeks, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	04750232018101	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,90	22,57	23,92	30,75	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,22
3455	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,83	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
3456	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,83	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
3457	Sodium zirconium cyclosilicate	Lokelma, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 5 g	30 sasz.	05000456088428	2025-07-01	2 lata	270,0, Leki stosowane w leczeniu hiperkalemii i hiperfosfatemii	806,00	870,48	922,71	959,01	959,01	Leczenie hiperkalemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
3458	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2025-10-01	3 lata	75,2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolteterodyna	29,90	32,29	34,23	41,89	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3459	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	14,95	16,15	17,12	22,08	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,58
3460	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	27,19	29,37	31,13	38,79	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,41
3461	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	13,59	14,68	15,56	20,52	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,22
3462	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	23,98	25,90	27,45	35,11	35,11	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,53
3463	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	11,99	12,95	13,73	18,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,19
3464	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	18,50	19,98	21,18	28,84	28,84	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,65
3465	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	55,50	59,94	63,54	77,20	77,20	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	23,16
3466	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	9,25	9,99	10,59	15,55	15,55	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,67
3467	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	27,75	29,97	31,77	41,43	41,43	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,43
3468	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2026-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	24,15	26,08	27,65	35,31	35,31	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,59
3469	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	9,90	10,69	11,33	16,29	16,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,89
3470	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	24,25	26,19	27,77	35,43	35,43	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,63
3471	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991314545	2025-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, toltterodyna	11,80	12,74	13,51	18,47	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3472	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2026-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,90	26,89	28,50	36,16	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	11,16
3473	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,50	26,46	28,05	35,71	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,71
3474	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,25	13,23	14,03	18,99	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,49
3475	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,96	25,88	27,43	35,09	35,09	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,53
3476	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,98	12,94	13,72	18,68	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,18
3477	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,71	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,71
3478	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,99	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,49
3479	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,00	28,08	29,76	37,42	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,42
3480	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,30	14,36	15,23	20,19	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,69
3481	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,00	28,08	29,76	37,42	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,42
3482	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05906720537404	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	73,20	79,06	83,80	97,46	97,46	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	29,24
3483	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,00	14,04	14,88	19,84	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,34
3484	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05906720537398	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	36,60	39,53	41,90	51,56	51,56	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	15,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3485	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	77,00	83,16	88,15	102,28	102,28	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,68
3486	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,40	28,51	30,22	37,88	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,88
3487	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	38,50	41,58	44,07	54,20	54,20	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,26
3488	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2025-10-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,20	14,26	15,11	20,07	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,57
3489	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	2024-10-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,40	22,03	23,35	30,30	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym wzrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,09
3490	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061	2025-01-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,40	22,03	23,35	30,30	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym wzrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	8,18
3491	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	2024-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	27,79	30,01	31,82	38,77	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym wzrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	15,80
3492	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991519230	2025-01-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,49	22,13	23,46	30,41	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym wzrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,20
3493	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	2024-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,50	22,14	23,47	30,42	30,30	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym wzrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3494	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	2025-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	15,55	15,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
3495	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	2025-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,60	6,05	6,59	8,90	7,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,64
3496	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1.5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	33,21	24,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,19
3497	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	35,90	30,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,87
3498	Spirolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,92
3499	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,00	15,12	16,03	21,08	20,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,95
3500	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	6,43	6,94	7,48	9,44	6,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,20
3501	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	25,40	27,43	29,07	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	11,05
3502	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,50	9,18	9,73	13,20	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3503	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	17,20	18,58	19,69	24,74	20,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	9,55
3504	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	5,18	6,64	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,43
3505	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,50	8,10	8,64	12,11	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,27
3506	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,00	16,20	17,17	22,94	22,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,19
3507	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,20	9,94	10,53	14,86	14,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,01
3508	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	12,00	12,96	13,74	18,79	18,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,64
3509	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	2,40	2,59	3,13	4,59	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	1,76

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3510	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 100+300 IR	31 szt.	05909991484194	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	96,81

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3511	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909991484170	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	96,81

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3512	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909991484187	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	735,00	793,80	841,43	876,11	876,11	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	262,83
3513	Standaryzowany wyciąg alergenowy pyłku trawy, tymotki łąkowej (Phleum pratense)	Grazax, liofilizat podjęzykowy, 75000 SQ-T	30 szt.	05909990072255	2025-07-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	250,00	270,00	286,20	307,12	307,12	Leczenie modyfikujące nieżyty nosa i zapalenia spojówek, wywołanego przez pyłki traw, dzieci od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia, z klinicznymi objawami i rozpoznaniem dodatnim wynikiem skórnych testów punktowych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny IgE na pyłki traw		30%	92,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3514	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat podjęzykowy, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-10-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	309,00	333,72	353,74	374,50	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.; <3>Leczenie dzieci w wieku od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 12. roku życia (w wieku 5-11 lat) z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E).		30%	170,07
3515	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	715,50	747,66	738,74	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	12,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3516	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	715,50	747,66	738,74	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	12,12
3517	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1431,00	1477,47	1477,47	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	3,20
3518	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1431,00	1477,47	1477,47	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	3,20
3519	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię płynne	15,50	16,74	17,74	23,63	23,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,82
3520	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe	14,42	15,57	16,51	22,09	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,05
3521	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3522	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3523	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3524	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3525	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2>2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,45	14,53	15,40	20,98	20,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,49
3526	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	16,51	22,09	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,05
3527	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,26	8,92	9,46	15,35	15,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,91
3528	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	7,88	8,51	9,05	10,94	5,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,36
3529	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,13	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,38
3530	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,13	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,38
3531	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	39,00	42,12	44,65	55,12	55,12	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3532	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	39,00	42,12	44,65	55,12	55,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,54
3533	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,60	47,09	49,92	60,39	56,22	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,37
3534	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,60	47,09	49,92	60,39	56,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3535	Sulfasalazinum	Sulfasalazyn EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,80	23,54	24,96	32,17	28,11	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,26
3536	Sulfasalazinum	Sulfasalazyn EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,80	23,54	24,96	32,17	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,49
3537	Sulfasalazinum	Sulfasalazyn Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,25	28,11	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,34
3538	Sulfasalazinum	Sulfasalazyn Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,25	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,57
3539	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,05	4,37	4,91	6,31	3,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	2,23
3540	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,76	6,22	6,76	9,58	9,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	0,00
3541	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,10	3,35	3,89	4,81	1,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	2,60
3542	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,21	5,63	6,17	7,57	3,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,37
3543	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,65	10,42	11,05	13,87	9,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3544	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	5,66	1,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,37
3545	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	2026-01-01	1 rok 3 miesiące	255.0, Szczepionki przeciw pneumokokom	210,00	226,80	240,41	260,07	260,07	Profilaktyka osób powyżej 65 r.ż. ze zwiększonym (umiarkowanym do wysokiego) ryzykiem choroby pneumokokowej tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą wątroby, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, implantem ślimakowym, wyciekaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu łitego		50%	130,04
3546	Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	Shingrix, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 50 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 0,5 ml zawiesiny	05909991364885	2025-04-01	2 lata	269.0, Szczepionki przeciw półpaścowi	628,00	678,24	718,93	751,16	751,16	Profilaktyka półpaśca i neuralgii półpaścowej u pacjentów w wieku 18 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpaśiec tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu łitego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistym zapaleniem jelit, zeszytniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczniem układowym.		50%	375,58
3547	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi dróg oddechowych (RSV) (rekombinowana, z adiuwantem)	Arexvy, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań	1 fiol. proszku + 1 fiol. zawiesiny	05909991513610	2025-10-01	2 lata	272.0, Szczepionki przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	685,00	739,80	784,19	817,72	817,72	Profilaktyka zakażeń RSV u pacjentów w wieku 60 lat i starszych		50%	408,86
3548	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (bivalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań	1 fiol. proszku + amp.-strzyk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210	2025-04-01	2 lata	272.0, Szczepionki przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	685,00	739,80	784,19	817,72	817,72	<1>Profilaktyka zakażeń RSV u niemowląt poprzez zaszczepienie matki w okresie ciąży; <2>Profilaktyka zakażeń RSV u pacjentów w wieku 60 lat i starszych		50%	408,86

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3549	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawieszina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strzyk.	05909990064748	2026-01-01	3 lata	254.0, Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	226,00	244,08	258,72	278,88	278,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	139,44
3550	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3> <4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	58,01	56,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporynę lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,35
3551	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3> <4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,67	113,72	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporynę lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,15
3552	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3> <4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	281,13	303,62	321,84	343,13	341,15	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporynę lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	5,18
3553	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3> <4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	472,32	510,11	540,71	567,50	567,50	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporynę lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3554	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	31,16	33,65	35,67	46,12	46,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3555	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	62,32	67,31	71,34	85,79	85,79	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3556	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	311,62	336,55	356,75	383,54	383,54	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3557	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	34,50	37,26	39,50	49,95	49,95	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3558	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	69,00	74,52	78,99	93,44	93,44	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3559	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	138,00	149,04	157,98	176,52	176,52	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3560	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	207,00	223,56	236,97	258,26	258,26	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3561	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	345,00	372,60	394,96	421,75	421,75	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3562	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	93,50	100,98	107,04	121,84	121,84	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3563	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	127,13	137,30	145,54	162,13	162,13	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3564	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	402,00	434,16	460,21	485,03	485,03	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3565	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	529,00	571,32	605,60	634,35	634,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3566	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	58,01	56,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniove zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,35
3567	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,67	113,72	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniove zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,15
3568	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-10-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>2 lata 3 miesiące/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	472,32	510,11	540,71	567,50	567,50	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniove zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3569	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	49,50	53,46	56,67	64,74	35,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,65
3570	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,70	70,96	75,21	83,61	38,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	56,73
3571	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2025-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	15,11	20,34	20,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3572	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2025-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	15,11	20,34	20,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3573	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3574	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,62	53,59	56,81	66,55	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,22
3575	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	66,65	71,98	76,30	87,47	77,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,73
3576	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,18
3577	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,99	53,99	57,23	66,97	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,78
3578	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,57	17,90	18,96	23,98	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,87
3579	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,71	53,69	56,91	66,65	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,32
3580	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,30	17,60	18,66	23,68	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3581	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	47,41	51,20	54,27	64,01	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	15,68
3582	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685	2025-10-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	10,68	11,32	16,34	16,34	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3583	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	15,10	16,31	17,29	22,31	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,20
3584	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692	2025-10-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,67	32,04	33,97	43,71	43,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3585	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	45,30	48,92	51,86	61,60	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,27
3586	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,00	17,28	18,32	23,34	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,23
3587	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3588	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3589	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	45,00	48,60	51,52	61,26	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3590	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,30	17,60	18,66	23,68	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,57
3591	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,00	38,88	41,21	50,95	50,95	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3592	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,10	10,91	11,57	16,59	16,59	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3593	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3594	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,98	10,78	11,43	16,45	16,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3595	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3596	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,50	10,26	10,88	15,90	15,90	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3597	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,50	30,78	32,63	42,37	42,37	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3598	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,58	17,91	18,98	24,00	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3599	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3600	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3601	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,40	34,99	37,09	44,83	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,61
3602	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	57,19	66,93	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,60
3603	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3604	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,40	34,99	37,09	44,83	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,61
3605	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081	2026-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	57,19	66,93	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,60
3606	Tamsulosinum	Omic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3607	Tamsulosinum	Omic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,82	18,17	19,26	24,28	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3608	Tapentadol	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	176,76	190,90	202,36	218,70	172,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	46,34
3609	Tapentadol	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	265,14	286,35	303,53	322,27	258,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	63,73
3610	Tapentadol	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	339,36	366,51	388,50	409,13	344,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	64,41
3611	Tapentadol	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	401,54	433,66	459,68	482,21	430,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	51,31
3612	Tapentadol	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	88,17	95,22	100,94	113,28	86,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	27,10
3613	Tapentadol	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	09008732017571	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	120,46	130,10	137,91	154,25	154,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3614	Tapentadol	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	09008732017663	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	180,69	195,15	206,85	225,59	225,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3615	Tapentadol	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	09008732017724	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	240,92	260,19	275,81	296,44	296,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3616	Tapentadol	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	60 szt.	09008732017458	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	30,11	32,52	34,47	43,09	43,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3617	Tapentadol	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	09008732017786	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	301,15	325,24	344,76	367,29	367,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3618	Tapentadol	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	09008732017519	2025-10-01	2 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	60,23	65,05	68,95	81,29	81,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3619	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,11	9,84	10,43	13,69	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,17
3620	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,22	19,68	20,85	26,31	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,26
3621	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,77	23,51	24,93	30,39	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3622	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	14,00	17,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,77
3623	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,57
3624	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,75	8,37	8,91	12,17	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65
3625	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,00	16,20	17,17	22,63	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,58
3626	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,45	6,97	7,51	10,77	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,25
3627	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3628	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3629	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,80	27,86	29,54	37,80	37,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,34
3630	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991391713	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	8,64	11,90	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,38
3631	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991391720	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,19	16,41	17,39	22,85	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,80
3632	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,05	9,77	10,36	13,62	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3633	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,90	15,01	15,91	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
3634	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,40	16,63	17,63	23,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,04
3635	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,10	19,55	20,73	26,19	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,14
3636	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991388003	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,47	9,15	9,70	12,96	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,44
3637	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991388034	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,94	18,30	19,40	24,86	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,81
3638	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,99	11,87	12,58	15,84	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,49
3639	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,68	20,17	21,38	26,84	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,61
3640	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,98	23,74	25,16	30,62	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,01
3641	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,36	40,35	42,77	51,03	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,84
3642	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,80	12,74	13,51	16,77	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,25
3643	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,60	25,49	27,02	32,48	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3644	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,73
3645	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,97	7,53	8,07	11,33	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,81
3646	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,75	9,45	10,02	13,28	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,76
3647	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,26	21,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,38
3648	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,44	21,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,43
3649	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,42	18,81	19,95	25,41	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,36
3650	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,26	21,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,38
3651	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,44	21,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,43
3652	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	18,90	20,03	25,49	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,44
3653	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,60	29,81	31,60	39,86	39,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,96
3654	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	40,21	40,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3655	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,84	37,63	39,88	48,14	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,04
3656	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,47
3657	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,30	25,16	26,68	32,14	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,38
3658	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	38,89	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,69
3659	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3660	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,98
3661	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,80	27,86	29,54	37,80	37,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,34
3662	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,60	50,33	53,35	61,61	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	28,36
3663	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,70	41,80	44,30	54,56	54,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,37
3664	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,60	60,05	63,66	73,92	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	25,89
3665	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,95	9,67	10,25	13,51	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3666	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	15,11	16,02	21,48	21,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,44
3667	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	20,49	25,95	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,90
3668	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,98	30,22	32,03	40,29	40,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,09
3669	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,35
3670	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,64
3671	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 40 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764234	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	16,03	19,29	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,77
3672	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764241	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46
3673	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 25 mg	28 szt.	03838989764289	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46
3674	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764319	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46
3675	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,27
3676	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3677	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,40	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,52
3678	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,40	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,52
3679	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	10,24	13,50	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,98
3680	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	10,24	13,50	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,98
3681	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,65	16,90	17,92	23,38	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,33
3682	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,48	25,36	26,88	33,94	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,37
3683	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	20,47	25,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,88
3684	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	44,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,99
3685	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	64,01	64,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,20
3686	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	20,47	25,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,88
3687	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	44,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3688	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	64,01	64,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,20
3689	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,10	23,87	25,30	30,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,71
3690	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,10	23,87	25,30	30,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,71
3691	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991020026	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,42	29,61	31,40	36,86	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,81
3692	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,24	30,50	32,32	37,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,73
3693	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,24	12,14	12,86	16,12	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,60
3694	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,49	24,29	25,75	31,21	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,16
3695	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,49	24,29	25,75	31,21	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,16
3696	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,34	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,82
3697	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56
3698	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3699	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,10	11,99	12,71	15,97	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,45
3700	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,38	24,17	25,62	31,08	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,03
3701	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,38	24,17	25,62	31,08	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,03
3702	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,65	10,42	11,05	14,31	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,79
3703	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,56	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
3704	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,56	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
3705	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	14,00	17,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,74
3706	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,41
3707	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,41
3708	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,25	11,07	11,74	15,00	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,48
3709	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	22,14	23,47	28,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3710	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	22,14	23,47	28,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,88
3711	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	44,28	46,94	55,20	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	25,10
3712	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	22,14	23,47	28,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,88
3713	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,00	44,28	46,94	55,20	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	25,10
3714	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	11,71	12,41	15,67	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,15
3715	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22
3716	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	47,13	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,56
3717	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22
3718	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,34	46,81	49,62	57,88	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	27,78
3719	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,00	75,60	80,14	90,40	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	45,25
3720	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3721	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,34	46,81	49,62	57,88	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	27,78
3722	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,00	75,60	80,14	90,40	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	45,25
3723	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,97	8,61	9,15	12,41	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,89
3724	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3725	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3726	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,76	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,66
3727	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3728	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,76	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,66
3729	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	16,14	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,62
3730	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,48	17,80	18,87	24,33	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,28
3731	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,22	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3732	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	46,00	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,90
3733	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,22	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,17
3734	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	46,00	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,90
3735	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,35	23,06	24,44	30,19	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,06
3736	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2025-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,34	7,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,82
3737	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2025-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,34	7,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,94
3738	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2025-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,74	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,63
3739	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2025-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,74	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,22
3740	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	2025-01-01	3 lata	50,0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	18,40	19,87	21,06	27,49	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,65
3741	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	2024-07-01	3 lata	50,0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,80	39,74	42,13	51,56	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3742	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2024-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	15,50	16,74	17,74	24,17	24,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,09
3743	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	2025-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,64
3744	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2026-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,64
3745	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	24,84	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,42
3746	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,22	8,88	9,42	11,35	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,74
3747	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	21,73	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,62
3748	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,16	12,05	12,78	14,71	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,96
3749	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,78	35,40	37,53	42,15	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	33,91
3750	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,16	12,05	12,78	14,71	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,96
3751	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,78	35,40	37,53	42,15	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	33,91
3752	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,32	24,11	25,55	28,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3753	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,56	70,80	75,05	82,30	35,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	65,82
3754	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,32	24,11	25,55	28,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,47
3755	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,56	70,80	75,05	82,30	35,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	65,82
3756	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,81	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,85
3757	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3758	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,81	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,85
3759	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3760	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3761	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,20	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	41,59
3762	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,31
3763	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,20	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	41,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3764	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	22,89	26,30	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,73
3765	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	14,08	16,01	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,93
3766	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2025-10-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyne	358,00	386,64	409,84	434,16	434,16	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3767	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,78	6,24	6,78	9,38	8,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,16
3768	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,75	11,61	12,31	16,84	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3769	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2025-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyne - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,78	25,78	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3770	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2025-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyne - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,78	25,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,73
3771	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	150,00	162,00	171,72	189,49	189,49	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3772	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	228,00	246,24	261,01	281,14	281,14	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3773	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	72,00	77,76	82,43	96,17	94,74	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,63
3774	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	14,32	10,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3775	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2024-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,44	16,68	17,68	21,12	10,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,31
3776	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2026-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,93	16,12	17,10	20,54	10,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,10
3777	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2024-10-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,47	40,47	42,90	50,19	31,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,87
3778	Ticagrelor	Legrex, tabl. powł., 60 mg	56 szt.	05900411012164	2026-01-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel i tikagrelor	45,90	49,57	52,54	57,45	18,19	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego (zawał serca) w wywiadzie i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo naczyniowych		30%	44,72
3779	Ticagrelor	Legrex, tabl. powł., 90 mg	56 szt.	05900411012171	2026-01-01	2 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel i tikagrelor	45,90	49,57	52,54	59,10	27,29	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, w skojarzeniu z kwasem acetylosalicylowym (ASA), u dorosłych pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW)		30%	40,00
3780	Ticlopidini hydrochloridum	Aclostin, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909990667116	2025-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna	8,40	9,07	9,61	13,35	11,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,97
3781	Ticlopidini hydrochloridum	Aclostin, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	05909990334971	2025-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna	24,65	26,62	28,22	35,90	35,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,77
3782	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2026-01-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	372,00	401,76	425,87	450,63	450,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3783	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	2025-04-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,50	84,78	89,87	101,44	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	31,90
3784	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	2025-04-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,50	84,78	89,87	101,44	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	50,52
3785	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	93,14	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	23,60
3786	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	93,14	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	42,22
3787	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	32,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3788	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3789	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	32,46
3790	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3791	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł. 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	93,55	101,03	107,09	118,66	72,74	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	67,74
3792	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	32,46
3793	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3794	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	32,46
3795	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	102,00	72,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,08
3796	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2025-07-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	20,33	21,96	23,27	30,21	30,21	Stwardnienie rozsiane		30%	9,06
3797	Tolterodini hydrogentartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2025-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,20	11,02	11,67	14,41	8,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	8,58
3798	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,05	18,41	19,52	24,24	16,66	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3799	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	2025-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,00	9,72	10,30	13,04	8,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	7,21
3800	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	2025-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,00	19,44	20,61	25,33	16,66	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,67
3801	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,19
3802	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,19
3803	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	34,46	37,22	39,45	47,11	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	22,11
3804	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	27,06	29,22	30,97	38,76	34,52	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,44
3805	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,13	58,46	61,97	73,20	69,04	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,36
3806	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,76	7,30	7,84	10,82	8,63	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,39
3807	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,53	14,61	15,49	20,55	17,26	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,49
3808	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	52,00	56,16	59,53	71,17	71,17	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3809	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,90	16,09	17,05	22,37	18,49	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3810	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,00	30,24	32,05	40,15	36,99	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,36
3811	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	33,00	35,64	37,78	45,57	34,52	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	14,25
3812	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	50,50	54,54	57,81	69,04	69,04	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3813	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	18,00	19,44	20,61	23,59	8,63	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	18,16
3814	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	23,00	24,84	26,33	31,39	17,26	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	17,33
3815	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	25,80	27,86	29,54	37,64	36,99	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,85
3816	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	51,60	55,73	59,08	70,72	70,72	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3817	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,45	6,97	7,51	10,67	9,25	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,62
3818	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	12,90	13,93	14,76	20,08	18,49	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,79
3819	Torasemidum	Astorid, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991525484	2025-10-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	23,82	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	11,93
3820	Torasemidum	Astorid, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991525491	2025-10-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	34,00	36,72	38,92	45,86	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	22,26
3821	Torasemidum	Astorid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991525477	2025-10-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	8,50	9,18	9,73	12,21	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	6,24
3822	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990733552	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	23,82	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	11,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3823	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990733569	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	34,00	36,72	38,92	45,86	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	22,26
3824	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991340100	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,14
3825	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	60 szt.	05909991340117	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	40,00	43,20	45,79	55,89	55,89	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	15,09
3826	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990734504	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	11,90	12,85	13,62	16,10	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,74
3827	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990734528	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	23,80	25,70	27,25	31,61	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	18,95
3828	Torasemidum	Diuver, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991003821	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,00	21,60	22,90	27,26	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	16,70
3829	Torasemidum	Diuver, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990422883	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	21,94	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	16,66
3830	Torasemidum	Toradiur, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991426811	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	15,90	17,17	18,20	22,56	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	10,80
3831	Torasemidum	Toradiur, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991426804	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	12,00	12,96	13,74	16,22	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,85
3832	Torasemidum	Toramide, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991162115	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	23,19	25,05	26,55	30,91	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	18,32
3833	Torasemidum	Toramide, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991161910	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,00	10,80	11,45	12,92	3,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,25
3834	Torasemidum	Toramide, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991268350	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,14
3835	Torasemidum	Toramide, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991162016	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	21,94	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	14,99
3836	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991225223	2026-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,80	10,58	11,22	15,58	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,02
3837	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991228545	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,90	10,69	11,33	15,69	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,13
3838	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991431587	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,90	10,69	11,33	15,69	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,13
3839	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990791064	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,15	10,96	11,62	15,98	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,42
3840	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990797967	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,05
3841	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991225254	2026-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	19,60	21,17	22,44	29,38	29,38	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,81
3842	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991243920	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	19,80	21,38	22,67	29,61	29,61	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,88
3843	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991431624	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	19,80	21,38	22,67	29,61	29,61	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,88
3844	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990791071	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,05
3845	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990797905	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	40,60	43,85	46,48	56,58	56,58	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	16,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3846	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991228514	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	4,95	5,35	5,89	8,37	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	3,09
3847	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791057	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	5,07	5,48	6,02	8,50	7,55	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	3,22
3848	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990797981	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,15	10,96	11,62	15,98	15,09	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,42
3849	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,99	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,72
3850	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,99	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3851	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,60	78,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,22
3852	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,60	78,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3853	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,60	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,76
3854	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,60	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,05
3855	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,27	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,85
3856	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,27	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,95
3857	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3858	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,88
3859	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,85	29,00	30,74	37,98	31,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,85
3860	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,85	29,00	30,74	37,98	31,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,36
3861	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	8,51	9,05	12,15	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,51
3862	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	8,51	9,05	12,15	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,66
3863	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,48	26,44	28,03	34,89	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,97
3864	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,48	26,44	28,03	34,89	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,43
3865	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,20	43,42	46,02	55,16	47,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,96
3866	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,20	43,42	46,02	55,16	47,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,73
3867	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,05	10,85	11,50	15,48	12,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,63
3868	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,05	10,85	11,50	15,48	12,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3869	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,30	34,88	36,98	44,98	37,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,42
3870	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,30	34,88	36,98	44,98	37,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,03
3871	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,80	58,10	61,59	72,09	63,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,82
3872	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,80	58,10	61,59	72,09	63,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,85
3873	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2026-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	5,53	7,75	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,33
3874	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2026-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	5,53	7,75	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
3875	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2025-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,94	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,52
3876	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2025-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,94	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,62
3877	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,70	6,16	6,70	9,63	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,39
3878	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,70	6,16	6,70	9,63	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,13
3879	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	5,08	5,62	7,84	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3880	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	5,08	5,62	7,84	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3881	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,17	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,31
3882	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,17	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,80
3883	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,52	64,28	68,14	80,40	80,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,12
3884	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,52	64,28	68,14	80,40	80,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3885	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,42	5,85	6,39	8,61	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3886	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,42	5,85	6,39	8,61	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,29
3887	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,83	6,30	6,84	9,46	8,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,53
3888	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,83	6,30	6,84	9,46	8,47	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,99
3889	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,83	11,70	12,40	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,09
3890	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,83	11,70	12,40	16,95	16,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3891	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	8,48	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,06
3892	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	8,48	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,16
3893	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57
3894	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,88
3895	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,08	29,25	31,00	38,24	31,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,11
3896	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,08	29,25	31,00	38,24	31,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,62
3897	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,23	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3898	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,23	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,74
3899	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,38	26,33	27,91	34,77	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,85
3900	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,38	26,33	27,91	34,77	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,31
3901	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,63	43,88	46,52	55,66	47,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3902	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,63	43,88	46,52	55,66	47,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,23
3903	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	16,12	12,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,27
3904	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	16,12	12,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,47
3905	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,50	35,10	37,21	45,21	37,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,65
3906	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,50	35,10	37,21	45,21	37,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,26
3907	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,17	58,50	62,01	72,51	63,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,24
3908	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,17	58,50	62,01	72,51	63,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,27
3909	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	7,59	3,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,38
3910	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	7,59	3,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,43
3911	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,13	8,78	9,32	12,42	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,78
3912	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,13	8,78	9,32	12,42	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3913	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,54	14,62	15,50	20,11	15,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,04
3914	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,54	14,62	15,50	20,11	15,81	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,30
3915	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,69	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,73
3916	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,69	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3917	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,77	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,83
3918	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,77	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,42
3919	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,67	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,75
3920	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,67	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
3921	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,81
3922	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3923	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,36	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3924	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,36	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,12
3925	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,63	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,10
3926	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,63	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,26
3927	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,74	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,02
3928	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,74	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,25
3929	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	11,37	15,66	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3930	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	11,37	15,66	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,29
3931	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,86	21,45	22,73	29,59	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,70
3932	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,86	21,45	22,73	29,59	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,02
3933	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,53
3934	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3935	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,33	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,35
3936	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,33	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
3937	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,62	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,66
3938	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,62	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,39
3939	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,72	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,78
3940	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,72	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3941	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,46	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,50
3942	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,46	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23
3943	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,19	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,27
3944	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,19	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,73
3945	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	42,07	42,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3946	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	42,07	42,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3947	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,91	4,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,33
3948	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,91	4,74	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,05
3949	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,11
3950	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,18
3951	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,31
3952	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,47
3953	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	23,06	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,31
3954	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	23,06	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,54
3955	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,32	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3956	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,32	7,12	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3957	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,60	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,64
3958	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,60	14,23	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,37
3959	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,48	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,54
3960	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2025-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,48	21,35	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,13
3961	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,10	23,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,50
3962	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,10	23,72	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38
3963	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,45
3964	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,31
3965	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,90
3966	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,63
3967	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,78	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3968	Tramadolom + Paracetamolom	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,78	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
3969	Tramadolom + Paracetamolom	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,65	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3970	Tramadolom + Paracetamolom	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,65	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,28
3971	Tramadolom + Paracetamolom	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,58	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,69
3972	Tramadolom + Paracetamolom	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,58	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,01
3973	Tramadolom + Paracetamolom	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,65	42,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,52
3974	Tramadolom + Paracetamolom	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,65	42,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3975	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	07613421191573	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	28,94	36,51	32,00	Jaskra		ryczałt	7,71
3976	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	28,94	36,51	32,00	Jaskra		ryczałt	7,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3977	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	07613421191566	2026-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,34	32,00	Jaskra		ryczałt	10,54
3978	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,34	32,00	Jaskra		ryczałt	10,54
3979	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,25	89,91	95,31	108,88	96,00	Jaskra		ryczałt	20,88
3980	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	111,00	119,88	127,07	142,02	128,00	Jaskra		ryczałt	24,69
3981	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	25,19	32,76	32,00	Jaskra		ryczałt	3,96
3982	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,34	32,00	Jaskra		ryczałt	10,54
3983	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,18	19,63	20,81	24,25	10,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,81
3984	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	49,29	53,23	56,43	63,72	31,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	41,40
3985	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,13	15,26	16,18	18,87	7,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,29
3986	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2024-10-01	1 rok 9 miesięcy	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	26,80	28,94	30,68	35,33	15,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	24,17

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3987	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	54,82	58,11	65,40	31,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	43,08
3988	Trimetazidini dihydrochloridum	Metazydyna, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990861330	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	18,00	19,44	20,61	24,49	13,09	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	13,80
3989	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991210083	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	54,10	58,43	61,94	70,54	45,82	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	34,62
3990	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990846115	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	27,00	29,16	30,91	36,65	22,91	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	18,55
3991	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991097592	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	25,00	27,00	28,62	37,22	37,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	10,05
3992	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990919680	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	12,50	13,50	14,31	20,05	20,05	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	5,42
3993	Trimetazidini dihydrochloridum	Setal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990646746	2025-04-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	15,00	16,20	17,17	22,91	22,91	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	6,18
3994	Trimetazidini dihydrochloridum	Trimeductan MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909991151812	2025-04-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	12,20	13,18	13,96	19,70	19,70	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	5,32
3995	Triptorelinum	Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11.25 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990894413	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	518,00	559,44	593,01	619,82	555,81	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	73,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3996	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3.75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	248,90	268,81	284,94	302,17	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	132,45
3997	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	135,00	145,80	154,55	171,73	171,73	Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20
3998	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	2025-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	7,20	7,78	8,32	12,86	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3999	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	2025-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	10,80	11,66	12,37	16,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4000	Umeclidinii bromidum + Vilanterololum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2024-04-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	126,86	137,01	145,23	159,44	109,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	82,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4001	Urofollitropinum	Fostimon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m./ml	1 fiol. z prosz.po 75 j.m. + 1 amp. z rozp.po 1 ml	05909991083212	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	55,00	59,40	62,96	75,74	75,74	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
4002	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antigen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2025-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	37,60	40,61	43,05	52,81	52,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,41
4003	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postaci do stosowania doustnego	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszsowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	3,20
4004	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4005	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,06
4006	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
4007	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
4008	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
4009	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,45	31,81	33,72	41,98	41,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,59
4010	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,23
4011	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,02	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,50
4012	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,48	15,64	16,58	22,04	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,99
4013	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,64
4014	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,35
4015	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4016	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,26	43,48	46,09	54,70	46,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,45
4017	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	59,22	63,96	67,79	78,40	69,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	30,02
4018	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,50	40,50	42,93	51,19	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,09
4019	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990074945	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	13,79	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,27
4020	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,13	21,74	23,05	28,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,67
4021	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,61	31,98	33,90	41,22	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,04
4022	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,99	17,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,40
4023	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,71	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,91
4024	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,00	18,36	19,46	24,92	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,88
4025	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,50	9,18	9,73	12,99	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,92
4026	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,44	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,15

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
4027	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,06
4028	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,04
4029	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	22,06	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,01
4030	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740864	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,04
4031	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	9,57	10,14	13,40	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,88
4032	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
4033	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,57	30,86	32,70	40,96	40,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,29
4034	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
4035	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,52	34,04	36,08	44,34	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,24
4036	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
4037	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4038	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,02	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,50
4039	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,76	17,02	18,05	23,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,46
4040	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,47
4041	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,37	38,20	40,49	48,75	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,65
4042	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,90	66,85	70,86	81,92	75,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,25
4043	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,47
4044	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,37	38,20	40,49	48,75	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,65
4045	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,90	66,85	70,86	81,92	75,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,25
4046	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,52	40,52	42,95	51,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,11
4047	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,52	40,52	42,95	51,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,11
4048	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,84	9,55	10,12	13,38	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4049	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,69	19,11	20,25	25,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,66
4050	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,00	33,48	35,49	43,15	37,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,81
4051	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990704132	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
4052	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990704262	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
4053	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,30	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26
4054	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,30	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26
4055	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	14,14	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,63
4056	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 160 + 1,5 mg	30 szt.	03838989768560	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,40	26,35	27,93	33,68	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	17,55
4057	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 80 + 1,5 mg	30 szt.	03838989773632	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,20	13,18	13,96	17,42	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,36
4058	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,52	31,88	33,79	42,61	42,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4059	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,27	17,57	18,63	27,84	27,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,35
4060	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	32,22	32,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,67
4061	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	32,33	32,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,70
4062	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990047901	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,82	8,45	8,99	12,58	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,77
4063	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,76	15,94	16,90	22,83	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,20
4064	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,00	10,80	11,45	17,70	17,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,31
4065	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2025-10-01 - dla kolumny 14, <1>2025-10-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	17,82	17,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,35
4066	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,67	34,20	36,26	45,47	45,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4067	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,75	35,37	37,50	46,32	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,07
4068	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990660636	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,61	9,30	9,86	13,45	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,64
4069	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,75	18,09	19,18	25,11	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,48
4070	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,30	33,80	35,83	44,65	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,40
4071	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,00	18,36	19,46	25,39	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,76
4072	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,80	27,86	29,54	38,36	38,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,51
4073	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,90	13,93	14,76	20,69	20,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,21
4074	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,00	35,64	37,78	46,60	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4075	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990691760	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,00	8,64	9,18	12,77	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,96
4076	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,00	17,28	18,32	24,25	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,62
4077	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,56	31,92	33,84	42,66	42,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,80
4078	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991377502	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,39	7,98	8,52	12,11	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,30
4079	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>1 rok - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,78	15,96	16,92	22,85	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,22
4080	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	32,86	32,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,86
4081	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	72,00	77,76	82,43	98,15	98,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	29,45
4082	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	2026-01-01 - dla kolumny 14, 2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,78	24,60	26,08	36,90	36,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4083	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990795802	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,00	6,48	7,02	10,61	10,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,18
4084	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	05909990795819	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,50	22,14	23,47	31,62	31,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,49
4085	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,00	12,96	13,74	19,67	19,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,90
4086	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,50	42,66	45,22	56,94	56,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,08
4087	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,05	38,93	41,27	50,09	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	18,84
4088	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990727490	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,95	9,67	10,25	13,84	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,03
4089	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,03	19,47	20,64	26,57	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,94
4090	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,48	22,12	23,45	32,27	32,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4091	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096	2026-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2026-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	5,85	6,32	6,86	10,45	10,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,14
4092	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,88	12,83	13,60	19,53	19,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,86
4093	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,48	34,00	36,04	44,86	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,61
4094	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,87	8,50	9,04	12,63	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,82
4095	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,74	17,00	18,01	23,94	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,31
4096	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	31,92	31,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,58
4097	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	11,51	17,44	17,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,23
4098	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,52	34,04	36,08	44,90	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,65

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
4099	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,88	8,51	9,05	12,64	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,83
4100	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,76	17,02	18,05	23,98	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,35
4101	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419	2024-04-01	3 lata	42,0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,20	5,62	6,16	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
4102	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211	2024-04-01	3 lata	42,0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,13	2,30	2,84	4,01	2,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,61
4103	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310	2024-04-01	3 lata	42,0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	3,80	4,10	4,64	6,53	5,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49
4104	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162,2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	236,04	236,04	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4105	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162,2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	236,04	236,04	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4106	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	156,06	156,06	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4107	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	156,06	156,06	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4108	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,15	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,62
4109	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991729721	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,00	10,80	11,45	15,71	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
4110	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991729684	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,00	21,60	22,90	29,73	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,20
4111	Vildagliptinum	Glypivilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,38	31,73	33,63	40,70	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,70
4112	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,20	11,02	11,67	15,93	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,66
4113	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,42	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,89
4114	Vildagliptinum	Vigita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,00	10,80	11,45	15,71	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
4115	Vildagliptinum	Vigita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,00	21,60	22,90	29,73	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,20
4116	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,81	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,81
4117	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	2026-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,81	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,81
4118	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991496999	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,47	24,27	25,73	32,80	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,80
4119	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991496975	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,47	24,27	25,73	32,80	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,80
4120	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	2025-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,39	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,39
4121	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	2025-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,39	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4122	Voclosporinum	Lupkynis, kaps. miękkie, 7,9 mg	180 szt.	05038256999927	2024-10-01	2 lata	139.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - woklosporyna	2932,00	3166,56	3328,56	3412,98	3412,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4123	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	125,73	135,79	143,93	159,68	138,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespolami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	22,31
4124	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	165,00	178,20	188,89	207,13	207,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespolami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	3,20
4125	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05702150155153	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	139,50	150,66	159,70	177,14	177,14	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	53,14
4126	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05702150155788	2024-07-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	279,00	301,32	319,40	341,23	341,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	102,37
4127	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05702150155146	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	69,75	75,33	79,86	93,30	88,57	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	31,30
4128	Warfarinum natriicum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2025-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	13,40	14,47	15,34	18,87	12,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,92
4129	Warfarinum natriicum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2025-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	21,60	23,33	24,73	29,85	20,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4130	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 100 IR & 300 IR, tabl. podjęzykowe, 100 IR; 300 IR	31 szt.	05909990779093	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	364,36	307,12	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnoego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	149,38
4131	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 300 IR, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909990779109	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	364,36	307,12	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnoego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	149,38
4132	Wyciąg alergenów z pyłków traw	Oralair 300 IR, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909990779130	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	735,00	793,80	841,43	876,45	876,45	Leczenie dzieci (od 5 roku życia), młodzieży oraz dorosłych (do 65 roku życia), u których zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa z/lub bez zapalenia spojówek, na podstawie objawów klinicznych oraz dodatniego wyniku punktowego testu skórnoego lub obecności swoistych IgE w surowicy skierowanego przeciw pyłkowi jednej z traw z grupy homologicznej traw wiechlinowatych (Pooideae)		30%	262,94
4133	Wyciągi alergenowe pyłku tymotki łąkowej (661) albo pyłku brzozy (615)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fioł. po 10 ml	05909991061913	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	300,00	324,00	343,44	364,36	307,12	Leczenie schorzeń alergicznych (typ I alergii wg klasyfikacji Gella i Coombsa), objawiających się nieżytem nosa, zapaleniem spojówek, nieżytem nosa i spojówek lub astmą (łagodną do umiarkowanej) u dzieci i młodzieży od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia (w wieku 5-17 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego wyniku punktowych testów skórnych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny E na pyłki traw lub brzozy;		30%	149,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4134	Wyciągi alergenowe pyłku tymotki łąkowej (661) albo pyłku brzozy (615)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fioł. po 10 ml	05909991061920	2025-10-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	290,00	313,20	331,99	352,91	307,12	Leczenie schorzeń alergicznych (typ I alergii wg klasyfikacji Gella i Coombsa), objawiających się nieżytem nosa, zapaleniem spojówek, nieżytem nosa i spojówek lub astmą (łagodną do umiarkowanej) u dzieci i młodzieży od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia (w wieku 5-17 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego wyniku punktowych testów skórnych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny E na pyłki traw lub brzozy;		30%	137,93
4135	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań	2 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	2026-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	971,00	1048,68	1111,60	1151,68	1151,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,60
4136	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061	2023-09-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	490,00	529,20	560,95	589,28	575,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	30,24
4137	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990681358	2025-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	42,50	45,90	48,65	58,97	53,26	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	ryczałt	8,91
4138	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	170,00	183,60	194,62	213,02	213,02	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	ryczałt	5,97
4139	Zofenoprilum calcicum	Zofenil 30, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991129439	2025-04-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,50	23,22	24,61	26,44	5,55	Nadciśnienie tętnicze		30%	22,56
4140	Zofenoprilum calcicum	Zofenil 7,5, tabl. powł., 7,5 mg	28 szt.	05909991129330	2025-04-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,20	14,26	15,11	15,91	1,39	Nadciśnienie tętnicze		30%	14,94
4141	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2025-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	13,50	14,58	15,45	20,33	15,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,96
4142	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2025-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	120,00	129,60	137,38	153,70	153,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4143	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2025-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,00	27,00	28,62	34,65	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	12,32
4144	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2025-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,00	43,20	45,79	55,82	55,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

A 2. Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Dieta	Infatrini, płyn	3000 ml (24 x 125 ml)	8716900565021	2023-09-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	135,00	141,75	150,26	164,03	103,32	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	63,91
2	Dieta	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	4 x 200 ml (800 ml)	8716900562433	2025-10-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	30,90	32,45	34,39	43,00	43,00	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,90
3	Dieta	Infatrini Powder, proszek	400 g	4008976681786	2023-11-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	51,80	54,39	57,66	68,88	68,88	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	3,20
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek	400 g	5900852033957	2024-10-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,24	38,05	40,33	46,96	25,94	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergia na białka mleka krowiego w tym diagnostyczna dieta eliminacyjna, inne alergie pokarmowe, biegunki przewlekłe;		30%	28,80
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2024-10-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	39,02	40,97	43,43	53,22	53,22	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergia na białka mleka krowiego w tym diagnostyczna dieta eliminacyjna, inne alergie pokarmowe, biegunki przewlekłe;		30%	15,97
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Blemil plus Elemental, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8426594103521	2023-05-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	84,95	89,20	94,55	108,67	107,37	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	4,50
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Blemil plus Elemental Junior, proszek	400 g	8426594132101	2025-10-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	65,00	68,25	72,35	85,04	85,04	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego, w alergii wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna		ryczałt	3,20
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2026-01-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	92,00	96,60	102,40	114,85	82,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	35,73
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2024-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	93,80	98,49	104,40	116,85	82,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	37,73
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2024-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	93,80	98,49	104,40	116,85	82,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	37,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2025-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	125,50	131,78	139,68	156,11	156,11	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w wieku od 0 do 12 miesiąca życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Syneo, proszek	400 g	5016533654677	2025-07-01	2 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	128,00	134,40	142,46	158,62	150,10	Postępowanie dietetyczne w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych u pacjentów do ukończenia 18 roku życia		ryczałt	11,72
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	44,50	46,73	49,53	56,45	28,35	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozę, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	36,61
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	47,00	49,35	52,31	62,39	56,80	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozę, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	22,63
15	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,80	38,64	40,96	51,04	51,04	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozę, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	15,31
16	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2025-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	86,00	90,30	95,72	109,96	109,96	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	3,20
17	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen Puramino Junior, proszek	400 g	8712045037201	2023-05-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	100,92	105,97	112,33	125,02	85,04	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego, w alergii wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna		ryczałt	43,18
18	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2025-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	464,60	487,83	517,10	544,37	544,37	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
19	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656763	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
20	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656725	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
21	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656749	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
22	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021323	2026-01-01	3 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,75	532,77	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,18
23	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698021309	2026-01-01	3 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,53	1065,53	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
24	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021286	2026-01-01	3 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,75	532,77	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,18
25	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698015476	2026-01-01	3 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,53	1065,53	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2025-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	278,83	292,77	310,34	331,92	331,92	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
27	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2024-07-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	110,00	115,50	122,43	138,00	138,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2025-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	312,40	328,02	347,70	370,31	370,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2025-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	334,60	351,33	372,41	395,70	395,70	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2025-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	390,36	409,88	434,47	459,47	459,47	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2026-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	245,00	257,25	272,69	293,24	293,24	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
32	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2026-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	245,00	257,25	272,69	293,24	293,24	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2025-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	396,90	416,75	441,75	466,95	466,95	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45 g)	4008976340294	2025-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenylketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	362,00	380,10	402,91	427,04	427,04	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
35	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2025-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	124,21	130,42	138,24	154,60	154,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
36	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2025-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	117,57	123,45	130,85	146,84	146,84	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2025-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	173,11	181,77	192,68	211,03	211,03	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
42	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
43	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943908	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	630,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
44	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943939	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	630,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
45	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943847	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	630,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
46	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943878	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	630,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
47	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385943960	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	630,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
48	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943915	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
49	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943946	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
50	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943854	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
51	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943885	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385943977	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943922	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943953	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943861	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
56	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943892	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
57	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385943984	2026-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
58	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942369	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	932,95	Fenylketonuria		ryczałt	7,66
59	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942345	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	932,95	Fenylketonuria		ryczałt	7,66
60	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942383	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	932,95	Fenylketonuria		ryczałt	7,66
61	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942406	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	932,95	Fenylketonuria		ryczałt	7,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
62	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942376	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942352	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942390	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942413	2026-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
69	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU GMPPro Mix In, proszek, 10 g białka	30 saszetek po 12,5 g	5016533658293	2026-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	920,00	966,00	1023,96	1062,73	1062,73	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia, u których dobową tolerancją fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
70	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
74	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
76	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 10 g białka	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

77	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 20 g białka	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2026-01-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex Select (herbata brzoskwińowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591631	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
79	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex Select (herbata miętowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591648	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
80	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czekoladowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385941621	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
81	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
82	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
83	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku bananowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943489	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
84	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943472	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
85	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czekoladowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385941454	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
86	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czerwonych owoców, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059840	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
87	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku waniliowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059857	2026-01-01	3 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
88	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2025-01-01	3 lata	216.4, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długocząsteczkowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż.	124,15	130,36	138,18	154,54	154,54	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
89	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	1500 g (30 x 50 g)	5016533620368	2025-01-01	3 lata	216.17, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	836,55	878,38	931,08	967,55	967,55	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
90	Dieta eliminacyjna z MCT	Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g	450 g	8718117600625	2025-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	32,50	34,13	36,17	45,05	45,05	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	13,52
91	Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2	Modulen IBD, proszek	400 g	7613035091399	2024-07-01	3 lata	246.0, Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2 (transformujący czynnik wzrostu beta-2) w indukcji remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna	49,30	51,77	54,87	65,81	65,81	Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna		ryczałt	3,20
92	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553578	2024-10-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,00	43,05	45,63	55,64	55,64	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
93	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553486	2024-10-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,00	43,05	45,63	55,64	55,64	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20

A 3. Wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm ²	1 szt.	5905669556088	2025-01-01	3 lata	267.3, Opatrunki biowchłaniające do ran bez cech infekcji	17,50	18,90	20,03	26,48	26,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,94
2	Emplastry alginatosa et hydrofibrice	Sorbalgon Classic 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm ²	1 szt.	6940610109899	2025-10-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,88	9,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98
3	Emplastry alginatosa et hydrofibrice	Sorbalgon Classic 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm ²	1 szt.	6940610109899	2025-10-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,88	9,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,02
4	Emplastry alginatosa et hydrofibrice	Sorbalgon Classic 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm ²	1 szt.	6940610109950	2025-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,65	14,74	15,63	20,57	19,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,77
5	Emplastry alginatosa et hydrofibrice	Sorbalgon Classic 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm ²	1 szt.	6940610109950	2025-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,65	14,74	15,63	20,57	19,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,85
6	Emplastry alginatosa et hydrofibrice	Sorbalgon Classic 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm ²	1 szt.	6940610109837	2025-04-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,60	2,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,87
7	Emplastry alginatosa et hydrofibrice	Sorbalgon Classic 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm ²	1 szt.	6940610109837	2025-04-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,60	2,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
8	Emplastry alginatosa et hydrofibrice	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	5060786981462	2025-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,95	6,43	6,97	9,86	9,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,96
9	Emplastry alginatosa et hydrofibrice	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	5060786981486	2025-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	12,50	13,50	14,31	19,25	19,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,78
10	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm ²	1 szt.	0040565124810	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakaźnych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	15,20	19,33	12,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,62
11	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm ²	1 szt.	0040565124810	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakaźnych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	15,20	19,33	12,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
12	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm ²	1 szt.	0040565124858	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	25,76	32,43	24,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,00
13	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm ²	1 szt.	0040565124858	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	25,76	32,43	24,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,53
14	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm ²	1 szt.	0040565124872	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	85,86	99,60	99,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,88
15	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm ²	1 szt.	0040565124872	2026-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	85,86	99,60	99,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
16	Emplastry antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110,25 cm ²	1 szt.	4054596955967	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	12,13	13,10	13,89	18,80	17,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,80
17	Emplastry antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199,5 cm ²	1 szt.	4054596956025	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	21,95	23,71	25,13	32,33	31,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,62
18	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm ²	1 szt.	5000223461652	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,50	11,34	12,02	16,25	13,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,90
19	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm ²	1 szt.	5000223461652	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,50	11,34	12,02	16,25	13,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,89
20	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156,25 cm ²	1 szt.	5000223462222	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,98	20,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
21	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm ²	1 szt.	5000223462222	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,98	20,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,11
22	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm ²	1 szt.	5000223461621	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,80	7,34	7,88	10,52	7,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,26
23	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm ²	1 szt.	5000223461621	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,80	7,34	7,88	10,52	7,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,01
24	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm ²	1 szt.	5000223461928	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	22,86	28,25	18,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,00
25	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm ²	1 szt.	5000223461928	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	22,86	28,25	18,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,32
26	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm ²	1 szt.	5000223462314	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,30	11,12	11,79	16,02	13,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,67
27	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm ²	1 szt.	5000223462314	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,30	11,12	11,79	16,02	13,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
28	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm ²	1 szt.	5000223461805	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,50	28,62	30,34	37,54	30,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,51
29	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm ²	1 szt.	5000223461805	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,50	28,62	30,34	37,54	30,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,49
30	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm ²	1 szt.	5000223461836	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,00	44,28	46,94	56,84	53,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,45
31	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm ²	1 szt.	5000223461836	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,00	44,28	46,94	56,84	53,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,42
32	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm ²	1 szt.	5000223461867	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	29,50	31,86	33,77	42,04	38,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,02
33	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm ²	1 szt.	5000223461867	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	29,50	31,86	33,77	42,04	38,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,44
34	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm ²	1 szt.	5000223461898	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	53,81	64,64	64,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,39
35	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm ²	1 szt.	5000223461898	2026-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	53,81	64,64	64,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
36	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455123889	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,25	18,63	19,75	25,82	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88
37	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455123889	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,25	18,63	19,75	25,82	22,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,05
38	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455123896	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,40	41,47	43,96	53,57	51,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,71
39	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455123896	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,40	41,47	43,96	53,57	51,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,34
40	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	0768455129164	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,20	55,30	58,61	69,61	68,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,79
41	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	0768455129164	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,20	55,30	58,61	69,61	68,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,30
42	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	0768455123902	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	67,80	73,22	77,62	90,47	90,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,14
43	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	0768455123902	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	67,80	73,22	77,62	90,47	90,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
44	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455127153	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,25	18,63	19,75	25,82	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
45	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455127153	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,25	18,63	19,75	25,82	22,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,05
46	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455123773	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,50	28,62	30,34	38,13	35,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,22
47	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455123773	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,50	28,62	30,34	38,13	35,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,55
48	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455123780	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,00	56,16	59,53	70,64	69,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,83
49	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455123780	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,00	56,16	59,53	70,64	69,73	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91
50	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm ²	1 szt.	0768455123803	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	46,80	50,54	53,58	64,16	63,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,98
51	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm ²	1 szt.	0768455123803	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	46,80	50,54	53,58	64,16	63,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,04
52	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm ²	1 szt.	0768455123810	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	57,60	62,21	65,94	77,64	76,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,77
53	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm ²	1 szt.	0768455123810	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	57,60	62,21	65,94	77,64	76,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
54	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm ²	1 szt.	0768455123797	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	74,80	80,78	85,63	99,16	99,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,75
55	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm ²	1 szt.	0768455123797	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	74,80	80,78	85,63	99,16	99,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
56	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm ²	1 szt.	0768455129201	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	128,70	139,00	147,33	163,72	163,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,12
57	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm ²	1 szt.	0768455129201	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	128,70	139,00	147,33	163,72	163,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
58	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm ²	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	11,45	15,76	14,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,33
59	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm ²	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	11,45	15,76	14,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,86
60	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm ²	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,79	29,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,94
61	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm ²	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,79	29,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
62	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm ²	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	4,43	5,88	3,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,28
63	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm ²	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	4,43	5,88	3,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,16
64	Emplastry antimicrobiotica	Biatan Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm ²	1 szt.	5708932861519	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	22,90	24,73	26,21	33,00	26,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
65	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm ²	1 szt.	5708932861519	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	22,90	24,73	26,21	33,00	26,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,29
66	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm ²	1 szt.	5708932481922	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,87	29,02	30,76	37,96	30,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,93
67	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm ²	1 szt.	5708932481922	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,87	29,02	30,76	37,96	30,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,91
68	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm ²	1 szt.	5708932861502	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	45,90	49,57	52,54	62,44	53,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,05
69	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm ²	1 szt.	5708932861502	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	45,90	49,57	52,54	62,44	53,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,02
70	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	7323190151172	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	15,00	16,20	17,17	23,24	22,77	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,30
71	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 15x15 cm, opatrunek specjalistyczny, 225 cm ²	1 szt.	7323190151189	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	33,75	36,45	38,64	48,25	48,25	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	14,48
72	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm ²	1 szt.	7323190151226	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	90,00	97,20	103,03	118,03	118,03	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	35,41
73	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x4,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm ²	1 szt.	7323190151202	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	13,50	14,58	15,45	21,06	20,49	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,72
74	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 2x45 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm ²	1 szt.	7323190151158	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	13,50	14,58	15,45	21,06	20,49	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,72

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
75	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 45 cm ²	1 szt.	7323190151196	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,18	18,55	19,67	23,03	10,25	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	15,86
76	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 135 cm ²	1 szt.	7323190151219	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	20,25	21,87	23,19	30,39	30,39	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	9,12
77	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 5x5 cm, opatrunek specjalistyczny, 25 cm ²	1 szt.	7323190151165	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	8,42	9,09	9,64	11,71	5,69	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,73
78	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ²	1 szt.	7332430941374	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,73	32,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,88
79	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ²	1 szt.	7332430941374	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,73	32,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,08
80	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430941367	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,49	24,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,49
81	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430941367	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,49	24,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,20
82	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430941381	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,61	47,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,28
83	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430941381	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,61	47,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
84	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm ²	1 szt.	7332551027056	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,47	7,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,92
85	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm ²	1 szt.	7332551027056	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,47	7,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,54
86	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	15032749039555	2024-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	28,98	31,30	33,18	42,18	42,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65
87	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm ²	1 szt.	15032749039548	2024-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,53	18,93	20,07	26,88	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,06
88	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	5060786980977	2025-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	12,00	12,96	13,74	18,63	17,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
89	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	5060786980991	2025-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	24,00	25,92	27,48	35,05	35,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,52
90	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ²	1 szt.	3546895520737	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,34	17,65	18,71	24,78	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,84
91	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895520744	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	49,00	52,92	56,10	67,10	67,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,13
92	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm ²	1 szt.	3546895520720	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	5,88	6,35	6,89	9,67	8,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,93
93	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546895518017	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,38	19,85	21,04	27,82	27,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,70
94	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518024	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	44,78	48,36	51,27	62,27	62,27	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,68
95	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518024	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	44,78	48,36	51,27	62,27	62,27	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
96	Emplastry antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	4021447309200	2025-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,14	14,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,24
97	Emplastry antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	4021447309323	2025-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,14	14,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,24
98	Emplastry carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	4021447037493	2025-01-01	3 lata	264.4, Opatrunki chłonne z węglem aktywowanym	3,90	4,21	4,75	6,86	6,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,06
99	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	00768455132034	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,23	51,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
100	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	00768455132034	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,23	51,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
101	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	00768455132027	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,80	18,14	19,23	25,30	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,36
102	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	00768455132027	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,80	18,14	19,23	25,30	22,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,53
103	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	00768455132041	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	103,00	111,24	117,91	132,91	132,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,87
104	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	00768455132041	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	103,00	111,24	117,91	132,91	132,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
105	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	00768455132010	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,41	4,76	5,30	7,37	5,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,39
106	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	00768455132010	2025-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,41	4,76	5,30	7,37	5,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,68
107	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm ²	1 szt.	04054596955332	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,28	69,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,74
108	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm ²	1 szt.	04054596955332	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,28	69,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,94
109	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm ²	1 szt.	04054596955363	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,67	138,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,60
110	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm ²	1 szt.	04054596955363	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,67	138,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
111	Emplastr collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 100 cm ²	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	54,13	54,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,24
112	Emplastr collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 100 cm ²	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	54,13	54,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
113	Emplastr collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 56.25 cm ²	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,62
114	Emplastr collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 56.25 cm ²	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
115	Emplastr collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 56.25 cm ²	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,62
116	Emplastr collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 56.25 cm ²	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
117	Emplastr collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm ²	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,80	9,50	10,08	12,63	8,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,02
118	Emplastr collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm ²	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,80	9,50	10,08	12,63	8,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,62
119	Emplastr collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm ²	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	17,00	18,36	19,46	23,91	16,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,70
120	Emplastr collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm ²	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	17,00	18,36	19,46	23,91	16,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,90
121	Emplastr collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm ²	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	34,00	36,72	38,92	45,97	32,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,55
122	Emplastr collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm ²	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	34,00	36,72	38,92	45,97	32,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,94
123	Emplastr collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332551816421	2024-07-01	3 lata	265.3. Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	25,80	27,86	29,54	35,89	24,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
124	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332551816483	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	50,44	54,48	57,75	66,96	47,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,63
125	Emplastry collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8595163717817	2025-04-01	3 lata	264.6, Opatrunki do ran zakażonych z kwasem hialuronowym i dichlorowodorkiem oktenidyny	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
126	Emplastry collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546894554863	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	30,85	33,32	35,32	42,94	32,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,01
127	Emplastry collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546894554870	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	60,70	65,56	69,49	81,89	81,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,57
128	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm ²	1 szt.	3546894530669	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	38,31	41,37	43,86	52,31	39,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,79
129	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546894549517	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	60,20	65,02	68,91	81,31	81,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,39
130	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546894554887	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	32,18	34,75	36,84	44,46	32,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,53
131	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546894554894	2026-01-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooligosacharydów	62,42	67,41	71,46	83,86	81,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,54
132	Emplastry conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm ²	1 szt.	8681349103939	2025-10-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,41	21,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,42
133	Emplastry conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm ²	1 szt.	8681349103939	2025-10-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,41	21,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
134	Emplastry conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm ²	1 szt.	4049500737043	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	11,11	7,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,77
135	Emplastry conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm ²	1 szt.	4049500737043	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	11,11	7,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,48
136	Emplastry conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm ²	1 szt.	4049500737074	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,56	15,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
137	Emplastry conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm ²	1 szt.	4049500737074	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,56	15,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,31
138	Emplastry conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500737258	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,95	17,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,94
139	Emplastry conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500737258	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,95	17,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,79
140	Emplastry conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500737401	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,26	30,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,90
141	Emplastry conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500737401	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,26	30,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,75
142	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm ²	1 szt.	4049500736534	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,98	11,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,64
143	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm ²	1 szt.	4049500736534	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,98	11,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,06
144	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500736596	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	17,16	17,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,15
145	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500736596	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	17,16	17,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
146	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500736749	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,31	28,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,49
147	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500736749	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,31	28,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
148	Emplastry hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm ²	1 szt.	5708932699136	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,55	14,63	15,51	20,16	18,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,19

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
149	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455150946	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,96	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98
150	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455150946	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,96	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,85
151	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ²	1 szt.	0768455150823	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,60	4,97	5,51	7,77	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,79
152	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm ²	1 szt.	0768455150823	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,60	4,97	5,51	7,77	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,66
153	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ²	1 szt.	0768455150816	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,81	15,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,74
154	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm ²	1 szt.	0768455150816	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,81	15,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
155	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm ²	1 szt.	0768455150809	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,82	14,93	15,82	21,15	21,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,35
156	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm ²	1 szt.	0768455150809	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,82	14,93	15,82	21,15	21,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
157	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ²	1 szt.	0768455150847	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,38	27,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21
158	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm ²	1 szt.	0768455150847	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,38	27,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
159	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm ²	1 szt.	0768455157242	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,71	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
160	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm ²	1 szt.	0768455157242	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,71	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,60
161	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm ²	1 szt.	0768455157259	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	16,00	16,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,80
162	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm ²	1 szt.	0768455157259	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	16,00	16,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
163	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56,25 cm ²	1 szt.	0768455150854	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,81	4,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,01
164	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56,25 cm ²	1 szt.	0768455150854	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,81	4,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,81
165	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrosil leczenie ran, żel hydrokoloidowy, 70 ml	1 szt.	05905386440011	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	27,30	29,48	31,26	40,44	40,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,13
166	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrosil leczenie ran, żel hydrokoloidowy, 70 ml	1 szt.	05905386440011	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	27,30	29,48	31,26	40,44	40,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
167	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	4021447546964	2026-01-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	4,40	4,75	5,29	9,25	9,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,78
168	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	4021447546995	2026-01-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	16,54	16,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,96
169	Emplastry hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,91	8,54	9,08	12,41	9,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,96
170	Emplastry hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,91	8,54	9,08	12,41	9,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,19
171	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm ²	1 szt.	5900656000056	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	11,02	9,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
172	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm ²	1 szt.	5900656000056	2025-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	11,02	9,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
173	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm ²	1 szt.	5900656000063	2025-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,97	11,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,90
174	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm ²	1 szt.	5900656000063	2025-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,97	11,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,44
175	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm ²	1 szt.	5900656000070	2025-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,92
176	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm ²	1 szt.	5900656000070	2025-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
177	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm ²	1 szt.	5900656000032	2025-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,75	5,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,71
178	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm ²	1 szt.	5900656000032	2025-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,75	5,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,98
179	Emplastry hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2024-07-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	76,09	76,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,83
180	Emplastry hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2024-07-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	76,09	76,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
181	Emplastry hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2. Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,75	9,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
182	Emplastry hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2. Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,75	9,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,53
183	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,51	37,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,56
184	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,51	37,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,44
185	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	57,00	61,56	65,25	77,23	77,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,17
186	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	57,00	61,56	65,25	77,23	77,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
187	Emplastry microfibricum cellulosa	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm ²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,96	36,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
188	Emplastry microfibrillum cellulosa	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm ²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,96	36,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,20
189	Emplastry microfibrillum cellulosa	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm ²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
190	Emplastry microfibrillum cellulosa	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm ²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
191	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ²	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,66	10,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,20
192	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ²	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,66	10,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
193	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm ²	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,43	20,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,13
194	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm ²	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,43	20,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
195	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm ²	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	15,98	15,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,79
196	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm ²	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	15,98	15,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
197	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm ²	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	29,99	29,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,00
198	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm ²	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	29,99	29,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
199	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56,25 cm ²	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,67	6,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,00
200	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56,25 cm ²	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,67	6,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
201	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm ²	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	44,73	44,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,42
202	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm ²	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	44,73	44,73	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
203	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ²	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,66	10,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,20
204	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm ²	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,66	10,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
205	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ²	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,23	23,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,97
206	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ²	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,23	23,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
207	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm ²	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,46	7,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,24

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
208	Emplastry microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm ²	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,46	7,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
209	Emplastry microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm ²	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,55	16,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,97
210	Emplastry microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm ²	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,55	16,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
211	Emplastry microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ²	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	22,66	22,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,80
212	Emplastry microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm ²	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	22,66	22,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
213	Emplastry microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm ²	1 szt.	5000223477981	2025-07-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,60	9,29	9,85	12,97	11,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,25
214	Emplastry microfibricum cellulosae	Allevyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm ²	1 szt.	5000223477981	2025-07-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,60	9,29	9,85	12,97	11,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,94
215	Emplastry microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm ²	1 szt.	5000223478018	2025-07-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,15	14,20	15,06	19,50	17,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,38

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
216	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm ²	1 szt.	5000223478018	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,15	14,20	15,06	19,50	17,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,19
217	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm ²	1 szt.	5000223478049	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,50	19,98	21,18	26,95	25,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,44
218	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm ²	1 szt.	5000223478049	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,50	19,98	21,18	26,95	25,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,93
219	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm ²	1 szt.	5000223478070	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,19	46,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,65
220	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life Heel 25x25,2 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 25cm x 25,2cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 545 cm ²	1 szt.	5000223482503	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	60,29	60,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,09
221	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum 17,2x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 17,2cm x 17,5cm, 235 cm ²	1 szt.	5000223481421	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,67	27,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
222	Emplastry microfibricum cellulosae	Allewyn Life Sacrum 21,6x23 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 21,6cm x 23cm, 386 cm ²	1 szt.	5000223481452	2025-07-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,00	32,40	34,34	42,54	42,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,76
223	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455125616	2025-01-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,84	10,63	11,26	15,35	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,26
224	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455125616	2025-01-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,84	10,63	11,26	15,35	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,37
225	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455125630	2025-01-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,23	24,01	25,44	32,45	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,01
226	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455125630	2025-01-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,23	24,01	25,44	32,45	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,25
227	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	0768455125586	2025-01-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,19	3,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,92
228	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	0768455125586	2025-01-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,19	3,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,95
229	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 100 cm ²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,65
230	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 100 cm ²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
231	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofibr, 100 cm ²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
232	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm ²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
233	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	22,06	20,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
234	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	22,06	20,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,78
235	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm ²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,15	35,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,97
236	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm ²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,15	35,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,18
237	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm ²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,77	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,33
238	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm ²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,77	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,57
239	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm ²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,91	38,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,66
240	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm ²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,91	38,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,98
241	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm ²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,52	43,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,82
242	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm ²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,52	43,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,66
243	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,70	39,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
244	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,70	39,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,96
245	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm ²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,91	51,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,57
246	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm ²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,91	51,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
247	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm ²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,82	56,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,05
248	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm ²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,82	56,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
249	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm ²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,48	92,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,74
250	Emplastry microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm ²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,48	92,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
251	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ²	1 szt.	5708932861557	2024-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	9,10	9,83	10,42	12,48	5,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,31
252	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm ²	1 szt.	5708932861571	2024-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	14,18	15,31	16,23	19,19	9,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,67
253	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm ²	1 szt.	5708932861564	2024-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	29,44	31,80	33,71	38,88	19,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,36
254	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm ²	1 szt.	5708932861540	2024-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	5,23	5,65	6,19	7,54	3,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,20
255	Emplastry microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm ²	1 szt.	5708932861526	2024-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	35,41	38,24	40,53	46,34	22,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
256	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm ²	1 szt.	5708932861533	2024-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	47,90	51,73	54,83	61,92	31,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,84
257	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,81	5,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,64
258	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm ²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,81	5,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,85
259	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm ²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,35	13,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,96
260	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm ²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,35	13,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	15,94
261	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm ²	1 szt.	5708932861588	2024-07-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	36,44	39,36	41,72	51,01	48,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,26
262	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455193325	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,19	9,93	10,52	14,61	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,52
263	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455193325	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,19	9,93	10,52	14,61	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
264	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455202072	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,34	15,49	16,42	22,00	20,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,80
265	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	0768455202072	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,34	15,49	16,42	22,00	20,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,72
266	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455193332	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,65	22,30	23,64	30,65	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
267	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455193332	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,65	22,30	23,64	30,65	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,45
268	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455202089	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,10	30,35	32,17	40,47	39,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65
269	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	0768455202089	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,10	30,35	32,17	40,47	39,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
270	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 20x16,5 cm, opatrunek, 330 cm ²	1 szt.	0768455193363	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,28	32,70	34,67	43,35	42,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,37
271	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 20x16,5 cm, opatrunek, 330 cm ²	1 szt.	0768455193363	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,28	32,70	34,67	43,35	42,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,52
272	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 21x21 cm, opatrunek, 441 cm ²	1 szt.	0768455202102	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,47	43,71	46,33	56,44	56,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,93
273	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 21x21 cm, opatrunek, 441 cm ²	1 szt.	0768455202102	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,47	43,71	46,33	56,44	56,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
274	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 24x21 cm, opatrunek, 504 cm ²	1 szt.	0768455193356	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	46,25	49,95	52,95	63,72	63,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,12
275	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 24x21 cm, opatrunek, 504 cm ²	1 szt.	0768455193356	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	46,25	49,95	52,95	63,72	63,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
276	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 8x8 cm, opatrunek, 64 cm ²	1 szt.	0768455193318	2025-07-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	5,89	6,36	6,90	9,72	8,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
277	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 8x8 cm, opatrunek, 64 cm ²	1 szt.	0768455193318	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	5,89	6,36	6,90	9,72	8,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
278	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	6940610106331	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,57	9,26	9,81	13,67	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
279	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	6940610106362	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,00	18,36	19,46	25,78	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90
280	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	6940610106423	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,57	21,14	22,40	29,13	27,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,15
281	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	6940610106485	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	34,00	36,72	38,92	48,21	48,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,46
282	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	6940610106515	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	52,20	56,38	59,76	71,05	71,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,32
283	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm ²	1 szt.	6940610106546	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	69,60	75,17	79,68	92,91	92,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,87
284	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	6940610106607	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,57	9,26	9,81	13,20	11,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,21
285	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	6940610106690	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,57	25,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,59
286	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	6940610106751	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,40	45,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,43
287	Emplastry microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	4260223630231	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,43	8,02	8,56	12,42	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,99
288	Emplastry microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	4260223630248	2026-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	11,41	12,32	13,06	19,38	19,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
289	Emplastry microfibricum cellulosae	Curea P1, 10x30 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	4260223630262	2026-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,07	18,44	19,54	27,37	27,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21
290	Emplastry microfibricum cellulosae	Curea P1, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	4260223630651	2026-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	13,63	14,72	15,61	22,34	22,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,70
291	Emplastry microfibricum cellulosae	Curea P1, 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	4260223630255	2026-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	23,05	24,89	26,38	35,67	35,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,70
292	Emplastry microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm ²	1 szt.	5000223466695	2026-01-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,00	9,72	10,30	14,39	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
293	Emplastry microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm ²	1 szt.	5000223466725	2026-01-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,25	21,87	23,19	30,20	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,76
294	Emplastry microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm ²	1 szt.	6942327028852	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,00	11,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,01
295	Emplastry microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm ²	1 szt.	6942327028852	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,00	11,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,58
296	Emplastry microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm ²	1 szt.	6942327059757	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	25,00	27,00	28,62	35,85	34,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,88
297	Emplastry microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm ²	1 szt.	6942327059757	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	25,00	27,00	28,62	35,85	34,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,60
298	Emplastry microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm ²	1 szt.	6942327033757	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	33,50	36,18	38,35	46,83	45,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,86
299	Emplastry microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm ²	1 szt.	6942327033757	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	33,50	36,18	38,35	46,83	45,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,16

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
300	Emplastry microfibrificum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ²	1 szt.	6942327057951	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	42,00	45,36	48,08	57,73	57,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,77
301	Emplastry microfibrificum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ²	1 szt.	6942327057951	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	42,00	45,36	48,08	57,73	57,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,64
302	Emplastry microfibrificum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm ²	1 szt.	6942327012936	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	67,20	72,58	76,93	89,09	89,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,73
303	Emplastry microfibrificum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm ²	1 szt.	6942327012936	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	67,20	72,58	76,93	89,09	89,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
304	Emplastry microfibrificum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455142231	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,10	8,75	9,29	12,61	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,31
305	Emplastry microfibrificum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	0768455142231	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,10	8,75	9,29	12,61	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,75
306	Emplastry microfibrificum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455142248	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	18,25	19,71	20,90	26,96	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,28
307	Emplastry microfibrificum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	0768455142248	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	18,25	19,71	20,90	26,96	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,28
308	Emplastry microfibrificum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm ²	1 szt.	0768455142255	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,38	5,81	6,35	8,69	7,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
309	Emplastry microfibrillum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm ²	1 szt.	0768455142255	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,38	5,81	6,35	8,69	7,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,86
310	Emplastry microfibrillum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm ²	1 szt.	0768455142224	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,22	5,64	6,18	8,47	7,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,16
311	Emplastry microfibrillum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm ²	1 szt.	0768455142224	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,22	5,64	6,18	8,47	7,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,88
312	Emplastry microfibrillum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,61	3,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,96
313	Emplastry microfibrillum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm ²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,61	3,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,82
314	Emplastry microfibrillum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm ²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,69	13,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
315	Emplastry microfibrillum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm ²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,69	13,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
316	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343013953	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
317	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343013953	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
318	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343014028	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
319	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343014028	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
320	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	8715343014141	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	26,00	28,08	29,76	36,90	35,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,00
321	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm ²	1 szt.	8715343014141	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	26,00	28,08	29,76	36,90	35,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,33
322	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm ²	1 szt.	8715343025956	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	36,15	39,04	41,39	49,95	49,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
323	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm ²	1 szt.	8715343025956	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,15	39,04	41,39	49,95	49,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,62
324	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm ²	1 szt.	8715343025987	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	59,97	59,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,99
325	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm ²	1 szt.	8715343025987	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	59,97	59,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
326	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343026847	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,90	12,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
327	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343026847	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,90	12,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,58
328	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343026915	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,22	27,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,82
329	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343026915	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,22	27,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
330	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343026977	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,78
331	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343026977	2026-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
332	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343013762	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
333	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343013762	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
334	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343013793	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
335	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343013793	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
336	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343013878	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,75	37,53	39,79	48,16	47,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,96
337	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343013878	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,75	37,53	39,79	48,16	47,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
338	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm ²	1 szt.	8715343025895	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,20	16,42	17,40	22,44	20,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
339	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm ²	1 szt.	8715343025895	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,20	16,42	17,40	22,44	20,75	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,69
340	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019184	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
341	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019184	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
342	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343019214	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
343	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343019214	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
344	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	1 szt.	8715343019269	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	85,00	91,80	97,31	110,86	110,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,26
345	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	1 szt.	8715343019269	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	85,00	91,80	97,31	110,86	110,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
346	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019405	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
347	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019405	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
348	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343019450	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
349	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	8715343019450	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,53	21,09	22,36	28,42	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,74
350	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56,25 cm ²	1 szt.	08715343019375	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,85	5,24	5,78	7,84	6,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,17
351	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56,25 cm ²	1 szt.	08715343019375	2025-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,85	5,24	5,78	7,84	6,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,17
352	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343067321	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,20	7,78	8,32	12,18	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,75
353	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm ²	1 szt.	8715343067338	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,80	11,66	12,37	17,47	17,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
354	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	8715343066157	2025-07-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,25	15,39	16,32	22,64	22,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,79
355	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	1 szt.	8715343067307	2025-07-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	28,00	30,24	32,05	41,34	41,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,40
356	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	8715343067314	2025-07-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	42,00	45,36	48,08	59,37	59,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,81
357	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm ²	1 szt.	8715343048290	2025-07-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	56,00	60,48	64,11	77,34	77,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,20
358	Emplastry microfibricum cellulosae	L-Mesitran Foam 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	8717249681557	2025-07-01	3 lata	261.7. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,73
359	Emplastry microfibricum cellulosae	L-Mesitran Foam 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	8717249681557	2025-07-01	3 lata	261.7. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
360	Emplastry microfibricum cellulosae	L-Mesitran Tulle 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	8717249680505	2025-07-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,75	9,45	10,02	13,97	12,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,12
361	Emplastry microfibricum cellulosae	L-Mesitran Tulle 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	8717249680505	2025-07-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,75	9,45	10,02	13,97	12,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,33
362	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ²	1 szt.	7332430504999	2026-01-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,90	20,41	21,63	27,38	24,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,95
363	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm ²	1 szt.	7332430504999	2026-01-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,90	20,41	21,63	27,38	24,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,48
364	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430446459	2026-01-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,60	18,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,63
365	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430446459	2026-01-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,60	18,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,07
366	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430505019	2026-01-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,50	30,78	32,63	39,84	36,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,42
367	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430505019	2026-01-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	28,50	30,78	32,63	39,84	36,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
368	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	1 szt.	732551306441	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	95,50	103,14	109,33	122,88	118,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,87
369	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	1 szt.	732551306441	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	95,50	103,14	109,33	122,88	118,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,30
370	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	19,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,35
371	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	19,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,00
372	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	27,94	25,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,96
373	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	27,94	25,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,25
374	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm ²	1 szt.	7323190193134	2026-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,80	6,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,31
375	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm ²	1 szt.	7323190193134	2026-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,80	6,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,38
376	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	7323190249473	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,98
377	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	7323190249473	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,28	11,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,42
378	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	7323190249497	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,46	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,78
379	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	1 szt.	7323190249497	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,46	26,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,78
380	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm ²	1 szt.	7323190249459	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,88	6,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
381	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm ²	1 szt.	7323190249459	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,88	6,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,21
382	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm ²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	34,74	32,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,96
383	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm ²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	34,74	32,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,20
384	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430666598	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,60	18,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,63
385	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm ²	1 szt.	7332430666598	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	16,95	21,60	18,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,07
386	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430666642	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,85	29,00	30,74	37,95	36,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,53
387	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm ²	1 szt.	7332430666642	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,85	29,00	30,74	37,95	36,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,64
388	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ²	1 szt.	7332430666505	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,67	7,20	7,74	10,02	7,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,73
389	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm ²	1 szt.	7332430666505	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,67	7,20	7,74	10,02	7,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,46
390	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm ²	1 szt.	7332430727572	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,11	30,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,03
391	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm ²	1 szt.	7332430727572	2026-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,11	30,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
392	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm ²	1 szt.	7332430008800	2026-01-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	54,39	47,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,29
393	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm ²	1 szt.	7332430008800	2026-01-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	54,39	47,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,11
394	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 20x50 cm, opatrunek jałowy, 1000 cm ²	1 szt.	7332430003775	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	130,00	140,40	148,82	164,00	157,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
395	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm ²	1 szt.	07333350744861	2025-10-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,20	7,78	8,32	11,40	9,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,76
396	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm ²	1 szt.	07333350744861	2025-10-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,20	7,78	8,32	11,40	9,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,92
397	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
398	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm ²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,99
399	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm ²	1 szt.	7323190179428	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	16,97	18,33	19,43	26,07	26,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,82
400	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm ²	1 szt.	7323190179442	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	25,97	28,05	29,73	38,93	38,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,68
401	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 10x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 200 cm ²	1 szt.	7323190179541	2024-10-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,40	15,55	16,48	22,80	22,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,84
402	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm ²	1 szt.	7323190179572	2024-10-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	44,55	48,11	51,00	62,29	62,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,69
403	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x40 cm, opatrunek specjalistyczny, 800 cm ²	1 szt.	7323190179589	2024-10-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	48,00	51,84	54,95	68,18	68,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,45
404	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm ²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,66	15,83	16,78	22,43	22,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
405	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm ²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,66	15,83	16,78	22,43	22,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
406	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm ²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
407	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156,25 cm ²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
408	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156,25 cm ²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35
409	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156,25 cm ²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,84	17,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
410	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm ²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,36	32,79	34,75	43,44	43,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,03
411	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm ²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,36	32,79	34,75	43,44	43,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
412	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306,25 cm ²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	32,89	32,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,87
413	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306,25 cm ²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	32,89	32,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
414	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Heel, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 625 cm ²	1 szt.	4052199579610	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	45,56	49,20	52,15	62,84	62,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,85
415	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Heel, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 625 cm ²	1 szt.	4052199579610	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	45,56	49,20	52,15	62,84	62,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
416	Emplastry microfibrillum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 324 cm ²	1 szt.	4052199580173	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	23,62	25,51	27,04	34,57	34,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,37
417	Emplastry microfibrillum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 324 cm ²	1 szt.	4052199580173	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	23,62	25,51	27,04	34,57	34,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
418	Emplastry microfibrillum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 529 cm ²	1 szt.	4052199579894	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	38,56	41,64	44,14	54,03	54,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,21
419	Emplastry microfibrillum cellulosae	RespoSorb Silicone Border Sacrum, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 529 cm ²	1 szt.	4052199579894	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	38,56	41,64	44,14	54,03	54,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
420	Emplastry microfibrillum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,25	42,39	44,94	54,59	54,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,38
421	Emplastry microfibrillum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm ²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,25	42,39	44,94	54,59	54,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
422	Emplastry microfibrillum cellulosae	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ²	1 szt.	3546895520270	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,05	9,77	10,36	14,32	13,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
423	Emplastry microfibrillum cellulosae	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm ²	1 szt.	3546895520287	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	20,38	22,01	23,33	30,16	30,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,06
424	Emplastry microfibrillum cellulosae	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895520294	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	27,16	29,33	31,09	39,05	39,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,72
425	Emplastry microfibrillum cellulosae	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm ²	1 szt.	3546895520263	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	3,26	3,52	4,06	5,77	4,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,40
426	Emplastry microfibrillum cellulosae	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm ²	1 szt.	3546895520300	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	18,11	19,56	20,74	27,20	26,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
427	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	7350031913521	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,88	8,51	9,05	12,91	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,48
428	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x20 cm, opatrunek, 200 cm ²	1 szt.	7350031913538	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,75	17,01	18,04	24,36	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,48
429	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 20x30 cm, opatrunek, 600 cm ²	1 szt.	7350031913552	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	47,24	51,02	54,08	65,37	65,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,61
430	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546895518048	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,51	11,35	12,03	16,49	16,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,23
431	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm ²	1 szt.	3546895518048	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,51	11,35	12,03	16,49	16,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,41
432	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518055	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,37	28,48	30,19	38,15	38,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,45
433	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518055	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,37	28,48	30,19	38,15	38,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
434	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm ²	1 szt.	3546895518062	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	52,74	56,96	60,37	71,84	71,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,55
435	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm ²	1 szt.	3546895518062	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	52,74	56,96	60,37	71,84	71,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
436	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ²	1 szt.	3546895518079	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,76	9,46	10,03	13,99	13,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
437	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518086	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
438	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518086	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
439	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm ²	1 szt.	3546895518116	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,76	9,46	10,03	13,99	13,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
440	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm ²	1 szt.	3546895518123	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	14,80	15,98	16,95	22,64	22,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,79
441	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm ²	1 szt.	3546895518130	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
442	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm ²	1 szt.	3546895518109	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	5,60	6,05	6,59	9,29	8,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
443	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm ²	1 szt.	3546895518147	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	35,02	37,82	40,09	49,55	49,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,87
444	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem , 100 cm ²	1 szt.	4056649067429	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,40	4,75	5,29	9,15	9,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
445	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156,25 cm ²	1 szt.	4056649067443	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,80	5,18	5,72	10,97	10,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
446	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281,25 cm ²	1 szt.	4056649067467	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,10	8,75	9,29	16,84	16,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05
447	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm ²	1 szt.	4056649067481	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,00	15,12	16,03	26,19	26,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
448	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm ²	1 szt.	4056649067504	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,20	20,74	21,98	34,28	34,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,28
449	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm ²	1 szt.	6940610104740	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,67	15,84	16,79	22,44	22,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
450	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156,25 cm ²	1 szt.	6940610104733	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,46	12,38	13,12	17,85	17,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,36
451	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 15x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 375 cm ²	1 szt.	6940610104757	2025-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	27,50	29,70	31,48	39,65	39,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
452	Emplastry microfibrillum cellulosa	Vliwasorb sensitive 20x30 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 600 cm ²	1 szt.	6940610104771	2025-10-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	44,00	47,52	50,37	60,85	60,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,26
453	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm ²	1 szt.	4049500616713	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,94	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,51
454	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm ²	1 szt.	4049500616713	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,94	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
455	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm ²	1 szt.	4049500616751	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,47	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,59
456	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm ²	1 szt.	4049500616751	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,47	24,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,36
457	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm ²	1 szt.	4049500616874	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,82	93,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,15
458	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm ²	1 szt.	4049500616874	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,82	93,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
459	Emplastry polymerosa	Avilin Spray, opatrunek - spray, 90 ml	1 szt.	5907629361220	2025-04-01	3 lata	263.2. Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	28,80	31,10	32,97	41,64	38,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,40
460	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm ²	1 szt.	5000223415587	2026-01-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,50	7,02	7,56	10,52	9,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
461	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm ²	1 szt.	5000223415587	2026-01-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,50	7,02	7,56	10,52	9,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
462	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 17,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	12,75	13,77	14,60	19,56	18,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,78
463	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 17,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm²	1 szt.	5000223415594	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	12,75	13,77	14,60	19,56	18,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,30
464	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,05
465	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm²	1 szt.	5000223416799	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	20,30	21,92	23,24	30,18	30,18	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
466	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm²	1 szt.	5000223426705	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,01	7,57	8,11	10,84	8,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,93
467	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm²	1 szt.	5000223426705	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,01	7,57	8,11	10,84	8,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,39
468	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	4,86	6,92	5,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
469	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	4,86	6,92	5,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
470	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm ²	1 szt.	5000223416775	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,30	11,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,96
471	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm ²	1 szt.	5000223416775	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,30	11,92	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,38
472	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm ²	1 szt.	5000223415853	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,36	23,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,67
473	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm ²	1 szt.	5000223415853	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,36	23,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,51
474	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm ²	1 szt.	5000223426736	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,50	21,06	22,32	29,10	28,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91
475	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm ²	1 szt.	5000223426736	2026-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,50	21,06	22,32	29,10	28,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,25
476	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004611832	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
477	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004611832	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
478	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004611818	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,81
479	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004611818	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
480	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004619883	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,63	116,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
481	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004619869	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	91,02	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,80
482	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
483	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
484	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
485	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalamią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
486	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm ²	1 szt.	0724004619876	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalamią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	91,02	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,80
487	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standarde 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm ²	1 szt.	0724004619890	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalamią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,63	116,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
488	Emplastry polyurethanum spumatum	L-Mesitran Soft, opatrunek specjalistyczny, 250 g	1 szt.	8717249680222	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	120,00	129,60	137,38	153,70	153,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	46,11
489	Emplastry polyurethanum spumatum	L-Mesitran Soft, opatrunek specjalistyczny, 250 g	1 szt.	8717249680222	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	120,00	129,60	137,38	153,70	153,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
490	Emplastry polyurethanum spumatum	PütterPro2 Lite, 10x650, opatrunek, 6500 cm ²	1 szt.	4052199570891	2026-01-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
491	Emplastry polyurethanum spumatum	PütterPro2, 10x650, opatrunek, 6500 cm ²	1 szt.	4052199503868	2026-01-01	2 lata	261.12, Opatrunki do ran z wysiękiem wymagających zastosowania dwuwarstwowego systemu uciskowego z warstwami kohezyjnymi – bez dodatkowych substancji	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
492	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm ²	1 szt.	6940610114831	2024-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,20	8,86	9,40	12,72	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,42
493	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156,25 cm ²	1 szt.	6940610114862	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	12,70	13,72	14,54	19,19	18,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,22
494	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm ²	1 szt.	6940610114923	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,47	26,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,79
495	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm ²	1 szt.	6940610114954	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,29	47,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,19
496	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63,75 cm ²	1 szt.	6940610114893	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,48	5,92	6,46	8,74	7,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,45
497	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm ²	1 szt.	6940610115043	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	9,56	12,88	11,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,58
498	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587,5 cm ²	1 szt.	6940610115401	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	40,21	43,43	46,03	56,29	56,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
499	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm ²	1 szt.	6940610115432	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,40	15,55	16,48	21,62	21,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,68
500	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297,5 cm ²	1 szt.	6940610115371	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,60	26,57	28,17	35,28	35,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,58
501	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	0382903205189	2026-01-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,30	14,36	15,23	20,19	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	6,90
502	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	0382903205172	2026-01-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	13,30	14,36	15,23	20,19	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	6,90
503	Igły do penów	BD Pen Needles 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	0382903207336	2025-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,24	13,22	14,01	18,97	18,97	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,69
504	Igły do penów	Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	6972857293000	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,92	18,92	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,68
505	Igły do penów	Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	6972857293017	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,92	18,92	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,68
506	Igły do penów	Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły	100 szt.	06974540793347	2025-10-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
507	Igły do penów	Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	06974540793330	2025-10-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
508	Igły do penów	Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	06974540793323	2025-10-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
509	Igły do penów	Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	06974540793316	2025-10-01	3 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
510	Igły do penów	PIC Insupen Original 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	8058090005094	2024-04-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
511	Igły do penów	PIC Insupen Original 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	8058090004578	2024-04-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
512	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,28	7,86	8,40	11,73	9,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
513	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,28	7,86	8,40	11,73	9,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,51
514	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 szt.	5907581253625	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	31,14	39,24	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,31
515	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 szt.	5907581253625	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	31,14	39,24	39,13	Cukrzyca		30%	11,85
516	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 szt.	4015630056316	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,28	29,46	31,23	39,33	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,40
517	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 szt.	4015630056316	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,28	29,46	31,23	39,33	39,13	Cukrzyca		30%	11,94
518	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,50	58,86	62,39	74,05	74,05	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
519	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,50	58,86	62,39	74,05	74,05	Cukrzyca		30%	22,22
520	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	50 szt.	4015630066810	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,09	29,26	31,02	39,12	39,12	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
521	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	50 szt.	4015630066810	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,09	29,26	31,02	39,12	39,12	Cukrzyca		30%	11,74
522	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2025-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	31,08	39,18	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,25
523	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2025-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	31,08	39,18	39,13	Cukrzyca		30%	11,79
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,45	28,57	30,28	38,38	38,38	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
525	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,45	28,57	30,28	38,38	38,38	Cukrzyca		30%	11,51
526	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,13	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
527	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,13	39,13	Cukrzyca		30%	11,74
528	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,13	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
529	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,13	39,13	Cukrzyca		30%	11,74
530	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,50	29,70	31,48	39,58	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,65
531	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,50	29,70	31,48	39,58	39,13	Cukrzyca		30%	12,19
532	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DiagoCheck, test paskowy	50 szt.	6939663924597	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
533	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DiagoCheck, test paskowy	50 szt.	6939663924597	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca		30%	11,67
534	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,90	25,81	27,36	35,46	35,46	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,90	25,81	27,36	35,46	35,46	Cukrzyca		30%	10,64
536	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 szt.	5904378480035	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,85	29,00	30,74	38,84	38,84	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 szt.	5904378480035	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,85	29,00	30,74	38,84	38,84	Cukrzyca		30%	11,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
538	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	29,76	37,86	37,86	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
539	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	29,76	37,86	37,86	Cukrzyca		30%	11,36
540	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,21	38,21	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
541	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,21	38,21	Cukrzyca		30%	11,46
542	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2024-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
543	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2024-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca		30%	11,67
544	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	30,22	38,32	38,32	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
545	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	30,22	38,32	38,32	Cukrzyca		30%	11,50
546	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,35	29,54	31,31	39,41	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,48
547	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,35	29,54	31,31	39,41	39,13	Cukrzyca		30%	12,02
548	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,80	28,94	30,68	38,78	38,78	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
549	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,80	28,94	30,68	38,78	38,78	Cukrzyca		30%	11,63
550	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
551	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca		30%	11,67
552	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,85	27,92	29,59	37,69	37,69	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
553	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,85	27,92	29,59	37,69	37,69	Cukrzyca		30%	11,31
554	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2026-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,50	28,62	30,34	38,44	38,44	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
555	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2026-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,50	28,62	30,34	38,44	38,44	Cukrzyca		30%	11,53
556	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791005352	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,95	29,11	30,86	38,96	38,96	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
557	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791005352	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,95	29,11	30,86	38,96	38,96	Cukrzyca		30%	11,69
558	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	6970221762749	2024-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,42	38,42	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
559	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	6970221762749	2024-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,42	38,42	Cukrzyca		30%	11,53
560	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaGuard V20, test paskowy	50 szt.	6970221762602	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,21	38,21	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
561	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaGuard V20, test paskowy	50 szt.	6970221762602	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,21	38,21	Cukrzyca		30%	11,46
562	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9010727000116	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,50	26,46	28,05	36,15	36,15	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
563	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9010727000116	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,50	26,46	28,05	36,15	36,15	Cukrzyca		30%	10,85

B. Leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego dostępne w ramach programu lekowego

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Abrocitininibum	Cibinqo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05415062384565	2025-10-01	2 lata	1289.0, Abrocycytinib	3511,15	3792,04	4019,57	4019,57	B.124.	bezpłatny	0 zł
5	Abrocitininibum	Cibinqo, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05415062384572	2025-10-01	2 lata	1289.0, Abrocycytinib	4564,50	4929,66	5225,44	5225,44	B.124.	bezpłatny	0 zł
6	Abrocitininibum	Cibinqo, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05415062384558	2025-10-01	2 lata	1289.0, Abrocycytinib	3511,15	3792,04	4019,57	2009,79	B.124.	bezpłatny	0 zł
7	Acalabrutininibum	Calquence, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05000456071116	2025-04-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutyninib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
8	Acidum carglumicum	Carbaglu, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	03663502000373	2025-10-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	11000,00	11880,00	12592,80	11448,00	B.143.	bezpłatny	0 zł
9	Acidum carglumicum	Kwas kargluminowy Waymade, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	08720865197265	2026-01-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	11000,00	11880,00	12592,80	11448,00	B.143.	bezpłatny	0 zł
10	Acidum carglumicum	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	08718858150847	2026-01-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	10000,00	10800,00	11448,00	11448,00	B.143.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 amp.-strzyk. 0,4 ml	08715131019761	2024-04-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	418,57	452,06	479,17	274,75	B.33.	bezpłatny	0 zł
12	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019808	<1><2><3><4>2024-04-01	<1><2><3><4>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1674,28	1808,22	1916,72	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	2 amp.-strz. 0,2 ml	07613421130657	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp. - strzyk. 0,8 ml z zabezpieczeniem	07613421020897	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2025-04-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
15	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strz. 0,4 ml	07613421130640	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
16	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml	07613421130633	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
17	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml	07613421020880	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2025-04-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
18	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg	1 amp.-strz. 0,8 ml	07622436107080	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
19	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	<1><2><3><4><5>2025-04-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
20	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	<1><2><3><4><5>2025-04-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
21	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	2 amp.-strz. 0,2 ml	05996537018050	2025-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	B.32.; B.33.; B.47.	bezpłatny	0 zł
22	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	1 wstrzykiwacz 0,4 ml	05996537014243	2025-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
23	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml	05996537014250	2025-07-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
24	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg	1 wstrzykiwacz 0,8 ml	05996537016087	2025-07-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
25	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	4207,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
26	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
27	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2025-10-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
28	Afliberceptum	Afqlir, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 amp.-strzyk.	07622436125077	2026-01-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	1102,50	1190,70	1262,14	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
29	Afliberceptum	Eydenzelt, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.	05996537036054	2026-01-01	3 lata	1133.0, Aflibercept	1102,50	1190,70	1262,14	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł
30	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml	1 fiol.a 0,263 ml	04057598023047	2024-10-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	5880,01	6350,41	6731,43	5048,56	B.70.	bezpłatny	0 zł
31	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2025-01-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	1950,00	2106,00	2232,36	1262,14	B.70.	bezpłatny	0 zł
32	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2023-09-01	3 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	5500,00	5940,00	6296,40	6296,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
33	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	10531,77	11374,31	12056,77	12056,77	B.104.	bezpłatny	0 zł
34	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1504,55	1624,91	1722,41	1722,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
35	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2025-04-01	2 lata	1190.0, Alectinib	20713,00	22370,04	23712,24	23712,24	B.6.	bezpłatny	0 zł
36	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2025-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	26192,88	28288,31	29985,61	29985,61	B.29.	bezpłatny	0 zł
37	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990623853	2024-04-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1752,00	1892,16	2005,69	2005,69	B.22.	bezpłatny	0 zł
38	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2025-10-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
39	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	05909991441166	2025-10-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
40	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	07613421024826	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
41	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	07613421024840	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	11448,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
42	Alpelisibum	Piqray, tabl. powl., 50+200 mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	07613421024833	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
43	Amifampridinum	Firdapse, tabl., 10 mg	100 szt.	05055956400706	2026-01-01	3 lata	1227.0, Amifamprydyna	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.121.	bezpłatny	0 zł
44	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml z podziałką	07350031443271	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1153.0, Anakinra	795,80	859,46	911,03	911,03	<1>B.33; <2>B.86.	bezpłatny	0 zł
45	Anifrolumabum	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 2 ml	05000456072700	2025-10-01	2 lata	1284.0, Anifrolumab	3940,00	4255,20	4510,51	4510,51	B.150.	bezpłatny	0 zł
46	Apalutamidum	Erleada, tabl. powl., 240 mg	30 szt.	05413868122596	2025-04-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
47	Apalutamidum	Erleada, tabl. powl., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2025-04-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
48	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fioł.a 20 ml	05909991247904	2025-10-01	2 lata	1177.0, Apomorfin	950,00	1026,00	1087,56	1087,56	B.90.	bezpłatny	0 zł
49	Asciminibum	Scemblis, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	07613421131616	2026-01-01	2 lata	1288.0, Asciminib	25240,00	27259,20	28894,75	14447,38	B.14.	bezpłatny	0 zł
50	Asciminibum	Scemblis, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	07613421131623	2026-01-01	2 lata	1288.0, Asciminib	25240,00	27259,20	28894,75	28894,75	B.14.	bezpłatny	0 zł
51	Asfotasum alfa	Strengiq, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	12 fioł. po 0,8 ml	05391527745112	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	172800,00	186624,00	188784,00	188784,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
52	Asfotasum alfa	Strengiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fioł. po 0,45 ml	05391527745143	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	38880,00	41990,40	44150,40	44150,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
53	Asfotasum alfa	Strengiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fioł. po 0,70 ml	05391527745136	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	60480,00	65318,40	67478,40	67478,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
54	Asfotasum alfa	Strengiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fioł. po 1 ml	05391527745129	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	86400,00	93312,00	95472,00	95472,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
55	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fioł.a 20 ml	05902768001167	<1>2024-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,82	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
56	Atezolizumabum	Tecentriq, roztwór do wstrzykiwań, 1875 mg	1 fioł.a 15 ml	07613326061872	2025-01-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,82	B.6.	bezpłatny	0 zł
57	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg	1 fioł.a 14 ml	07613326025546	2025-10-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	11435,42	12350,25	13091,27	13091,27	B.6.	bezpłatny	0 zł
58	Avacopanum	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg	180 szt.	04150174419491	2025-07-01	2 lata	1328.0, Awakopan	23815,46	25720,70	27263,94	27263,94	B.75.	bezpłatny	0 zł
59	Avacopanum	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	04150174419323	2025-07-01	2 lata	1328.0, Awakopan	3969,24	4286,78	4543,98	4543,98	B.75.	bezpłatny	0 zł
60	Avalglucosidasum alfa	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fioł.	05909991472474	2026-01-01	2 lata	1052.1, Awalglukozydaza alfa	4650,00	5022,00	5323,32	5323,32	B.22.	bezpłatny	0 zł
61	Avapritinibum	Ayvakyat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08720165565009	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
62	Avapritinibum	Ayvakyat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	08720165565016	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
63	Avapritinibum	Ayvakyat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	08720165565214	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
64	Avapritinibum	Ayvakyat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	08720165565153	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
65	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	10 szt.	07350031443110	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	2477,49	2675,69	2836,23	2836,23	B.97.	bezpłatny	0 zł
66	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	15 szt.	07350031443127	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	3716,24	4013,54	4254,35	4254,35	B.97.	bezpłatny	0 zł
67	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	07350031443134	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	7432,47	8027,07	8508,69	8508,69	B.97.	bezpłatny	0 zł
68	Avelumabum	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fioł.po 10 ml	04054839462153	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1223.0, Awelumab	3260,00	3520,80	3732,05	3732,05	<1>B.117.; <2>B.141.FM	bezpłatny	0 zł
69	Axicabtagene ciloleucl	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 ⁸ - 2 x 10 ⁸ komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2024-10-01	2 lata	1226.1, Aksykabtagen cyloleucl	1200000,00	1296000,00	1298160,00	1298160,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
70	Azacididine	Onureg, tabl. powł., 200 mg	7 szt.	07640133688435	2025-07-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	30286,00	32708,88	34671,41	23114,27	B.114.	bezpłatny	0 zł
71	Azacididine	Onureg, tabl. powł., 300 mg	7 szt.	07640133688442	2025-07-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	30286,00	32708,88	34671,41	34671,41	B.114.	bezpłatny	0 zł
72	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	<1>1 rok/<2>2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
73	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2026-01-01/<2>2025-01-01	<1>1 rok/<2>2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
74	Bedaquilinum	Sirturo, tabl., 100 mg	188 szt.	05909991140984	2024-04-01	2 lata	1249.0, Bedakilina	50966,48	55043,80	57203,80	57203,80	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
75	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	<1>2024-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	<1>B.44.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
76	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	<1>2024-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	<1>B.44.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
77	Berotrastatum	Orladeyo, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05391540110096	2026-01-01	2 lata	1347.0, Berotrastat	49561,00	53525,88	55685,88	55685,88	B.122.	bezpłatny	0 zł
78	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	03663502000441	2026-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.21.	bezpłatny	0 zł
79	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05397315000067	2025-04-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
80	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2024-10-01/<2><5>2025-10-01/<4>2025-01-01	<1><3><4><5>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
81	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2025-04-01/<2><5>2024-04-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
82	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2025-07-01	<1><3><5>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
83	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2025-10-01	3 lata	1129.0, Beksaroten	3200,00	3456,00	3663,36	3663,36	B.66.	bezpłatny	0 zł
84	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413787222452	2024-10-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	3961,22	4278,12	4534,80	4534,80	B.35.; B.36.; B.82.	bezpłatny	0 zł
85	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05413787220618	2025-04-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	7399,99	7991,99	8471,51	8471,51	B.47.	bezpłatny	0 zł
86	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 320 mg/2 ml	1 wstrzykiwacz 2 ml	05413787222957	2026-01-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	7156,42	7728,93	8192,67	8192,67	B.161.	bezpłatny	0 zł
87	Binimetinib	Mektovi, tabl. powł., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2024-10-01	3 lata	1214.0, Binimetynib	9708,39	10485,06	11114,16	11114,16	B.59.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
88	Binimetinib	Mektovi, tabl. powł., 45 mg	28 szt.	03573994008231	2025-10-01	3 lata	1214.0, Binimetynib	9708,39	10485,06	11114,16	11114,16	B.59.	bezpłatny	0 zł
89	Blinatumomabum	Blinicyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2025-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9245,21	9984,83	10583,91	10583,91	B.65.	bezpłatny	0 zł
90	Bosentanum	Bopaho, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	750,00	810,00	858,60	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
91	Bosentanum	Bosentan Ranbaxy, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991488529	2023-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	700,00	756,00	801,36	801,36	B.31.	bezpłatny	0 zł
92	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1000,00	1080,00	1144,80	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
93	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	<1>2024-10-01/<2>2026-01-01	2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	10800,00	11664,00	12363,84	12363,84	<1>B.66; <2>B.77.	bezpłatny	0 zł
94	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 ⁸ – 2 x 10 ⁸ komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662	<1>2025-10-01/<2>2024-10-01	2 lata	1226.2, Breksukabtagen autoleucel	1220000,00	1317600,00	1319760,00	1319760,00	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
95	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	15778,02	17040,26	18062,68	18062,68	B.6.	bezpłatny	0 zł
96	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2629,67	2840,04	3010,45	3010,45	B.6.	bezpłatny	0 zł
97	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	7889,01	8520,13	9031,34	9031,34	B.6.	bezpłatny	0 zł
98	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	15778,02	17040,26	18062,68	15804,86	B.6.	bezpłatny	0 zł
99	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2026-01-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2636,68	2847,61	3018,47	3018,47	B.70.	bezpłatny	0 zł
100	Budesonidum	Kinpeygo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 4 mg	120 szt.	04011548044179	2025-04-01	2 lata	1322.0, Budezonid	27331,43	29517,94	31289,03	31289,03	B.171.	bezpłatny	0 zł
101	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
102	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
103	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2025-07-01/<2><3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
104	Canakinumabum	Ilaris, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol.	07613421054038	2025-01-01	2 lata	1316.0, Kanakinumab	43000,00	46440,00	48600,00	48600,00	B.33.	bezpłatny	0 zł
105	Cannabidiolum	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. 100 ml	05055813900103	2026-01-01	2 lata	1294.0, Kannabidiol	4332,50	4679,10	4959,85	4959,85	B.153.; B.154.FM.	bezpłatny	0 zł
106	Capivasertibum	Truqap, tabl. powł., 160 mg	64 szt.	05000456083119	2025-10-01	2 lata	1341.0, Kapiwasertyb	24334,64	26281,41	27858,30	27858,30	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
107	Capivasertibum	Truqap, tabl. powł., 200 mg	64 szt.	05000456083126	2025-10-01	2 lata	1341.0, Kapiwasertyb	24334,64	26281,41	27858,30	27858,30	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
108	Caplaczumabum	Cablivi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strzyk.	05909991413385	2024-10-01	1 rok 6 miesięcy	1307.0, Kaplaczumab	15437,49	16672,49	17672,84	17672,84	B.164.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
109	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2025-10-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	640,62	691,87	733,38	733,38	B.54.	bezpłatny	0 zł
110	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2025-10-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	1921,85	2075,60	2200,13	2200,13	B.54.	bezpłatny	0 zł
111	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2025-10-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	3843,70	4151,20	4400,27	4400,27	B.54.	bezpłatny	0 zł
112	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	<1><4>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2026-01-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1231.0, Cemiplimab	14200,00	15336,00	16256,16	16256,16	<1>B.6.; <2>B.88.; <3>B.125.; <4>B.159.	bezpłatny	0 zł
113	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3>2025-10-01/<4>2025-01-01/<5>2024-10-01	3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2514,17	2715,30	2878,22	2878,22	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
114	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	300,00	324,00	343,44	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
115	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
116	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	900,00	972,00	1030,32	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
117	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991417192	2025-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	200,00	216,00	228,96	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
118	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05909991417253	2025-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	400,00	432,00	457,92	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
119	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05909991417314	2025-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
120	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2025-10-01	2 lata	1200.0, Kladyrybina	5918,65	6392,14	6775,67	6752,14	B.29.	bezpłatny	0 zł
121	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2025-10-01	2 lata	1200.0, Kladyrybina	23674,60	25568,57	27102,69	27008,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
122	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2025-10-01	2 lata	1200.0, Kladyrybina	35511,91	38352,86	40512,86	40512,86	B.29.	bezpłatny	0 zł
123	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powł., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2025-10-01	3 lata	1158.0, Kobimetynib	15000,00	16200,00	17172,00	17172,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
124	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2025-10-01	2 lata	1151.0, Kryzotymib	12778,72	13801,02	14629,08	14629,08	B.6.	bezpłatny	0 zł
125	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2025-10-01	2 lata	1151.0, Kryzotymib	15973,40	17251,27	18286,34	18286,34	B.6.	bezpłatny	0 zł
126	Crovalimab	Piasky, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 340 mg	1 fiol. 2 ml	07613326085861	2025-10-01	2 lata	1343.0, Krowalimab	38252,25	41312,43	43472,43	43472,43	B.96.	bezpłatny	0 zł
127	Dabrafenibum	Finlee, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg	210 szt.	07613421107598	2025-10-01	2 lata	1136.1, Dabrafenib-2	4324,95	4670,95	4951,21	4951,21	B.177.	bezpłatny	0 zł
128	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	12357,00	13345,56	14146,29	14146,29	B.59.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
129	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	2883,30	3113,96	3300,80	3300,80	B.59.	bezpłatny	0 zł
130	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	18535,50	20018,34	21219,44	21219,43	B.59.	bezpłatny	0 zł
131	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4324,95	4670,95	4951,21	4951,20	B.59.	bezpłatny	0 zł
132	Danicopanum	Voydeya, tabl. powł., 100 mg	180 szt.	05391527740902	2025-10-01	2 lata	1338.0, Danikopan	26667,00	28800,36	30528,38	30528,38	B.96.	bezpłatny	0 zł
133	Danicopanum	Voydeya, tabl. powł., 50+100 mg	180 szt. (90 tabl. 50 mg + 90 tabl. 100 mg)	05391527740919	2025-10-01	2 lata	1338.0, Danikopan	20000,00	21600,00	22896,00	22896,00	B.96.	bezpłatny	0 zł
134	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	<1>2026-01-01/<2>2025-07-01	<1>1 rok 3 miesiące/<2>2 lata	1187.0, Daratumumab	27113,80	29282,90	31039,88	31039,88	<1>B.54.; <2>B.145.	bezpłatny	0 zł
135	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738779	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	126,00	136,08	144,24	117,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
136	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738793	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	189,00	204,12	216,37	176,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
137	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990738847	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	252,00	272,16	288,49	235,00	B.37.	bezpłatny	0 zł
138	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738861	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	315,00	340,20	360,61	293,74	B.37.	bezpłatny	0 zł
139	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738885	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	378,00	408,24	432,73	352,49	B.37.	bezpłatny	0 zł
140	Darolutamidum	Nubeqa, tabl. powł., 300 mg	112 szt.	05908229303337	2024-07-01	2 lata	1241.0, Darolutamid	12236,00	13214,88	14007,77	14007,77	B.56.	bezpłatny	0 zł
141	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg	1 implant doszkliskowy z aplikatorem	05909990796663	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1161.1, Deksametazon w postaci implantów do ciała szklistego	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	<1>B.70.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
142	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Accord, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05055565795026	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
143	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Accord, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05055565795033	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
144	Dimethylis fumaras	Dimethyl Fumarate Gedeon Richter, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05907594033559	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
145	Dimethylis fumaras	Dimethyl Fumarate Gedeon Richter, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05907594033566	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
146	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991560010	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
147	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991560058	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,07	2299,40	2437,35	2437,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
148	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Polpharma, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991557287	2026-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
149	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Polpharma, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991557294	2026-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
150	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Stada, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991521226	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
151	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Stada, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991521318	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
152	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991525675	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
153	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991525682	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,07	2299,40	2437,35	2437,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
154	Dimethylis fumaras	Dimtruzic, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	07613421110314	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
155	Dimethylis fumaras	Dimtruzic, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	07613421110321	2025-10-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
156	Dimethylis fumaras	Jaxteran, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991515607	2026-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
157	Dimethylis fumaras	Jaxteran, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991515645	2026-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,04	2299,36	2437,32	2437,32	B.29.	bezpłatny	0 zł
158	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	00646520415445	2025-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	709,69	766,47	812,45	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
159	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	00646520415452	2025-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2838,76	3065,86	3249,82	2437,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
160	Dinutuximabum beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2024-10-01	2 lata 6 miesięcy	1208.0, Dinutuksymab beta	36075,51	38961,55	41121,55	41121,55	B.110.	bezpłatny	0 zł
161	Dostarlimabum	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991449872	2025-04-01	2 lata	1280.0, Dostarlimab	24173,91	26107,82	27674,29	27674,29	B.148.	bezpłatny	0 zł
162	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 amp-strzyk. po 1,14 ml	05909991404741	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
163	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 wstrzykiwacze 1,14 ml	05909991490591	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
164	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156.	bezpłatny	0 zł
165	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 strzyk. po 2 ml	05909991490614	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156.	bezpłatny	0 zł
166	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01/<3>2025-10-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9100,00	9828,00	10417,68	10417,67	<1>B.5.; <2>B.6.; <3>B.148.	bezpłatny	0 zł
167	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2184,00	2358,72	2500,24	2500,24	<1>B.6.; <2>B.148.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
168	Eculizumabum	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	08715131025755	<1>2024-10-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Eculizumab	9563,06	10328,10	10947,79	10947,79	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
169	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Eculizumab	12750,75	13770,81	14597,06	10947,79	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
170	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444346	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	6980,00	7538,40	7990,70	2472,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
171	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444353	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	13960,00	15076,80	15981,41	4945,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
172	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444261	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1745,00	1884,60	1997,68	618,19	B.15.	bezpłatny	0 zł
173	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444360	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	20940,00	22615,20	23972,11	7418,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
174	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 4000 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444377	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	27920,00	30153,60	31962,82	9891,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
175	Efanesoctocog alfa	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 amp.-strzyk. 3 ml rozpuszczalnika + fiol. proszku	07350031444322	2025-10-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3490,00	3769,20	3995,35	1236,38	B.15.	bezpłatny	0 zł
176	Efgartigimod alfa	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. 20 ml	04150179912881	2024-04-01	2 lata	1297.0, Efgartigimod alfa	33500,00	36180,00	38340,00	38340,00	B.157.	bezpłatny	0 zł
177	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246488	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2160,00	2332,80	2472,77	2472,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
178	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246495	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3240,00	3499,20	3709,15	3709,14	B.15.	bezpłatny	0 zł
179	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246501	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4320,00	4665,60	4945,54	4945,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
180	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246457	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	540,00	583,20	618,19	618,19	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorky
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
181	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246518	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	6480,00	6998,40	7418,30	7418,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
182	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246464	2025-10-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1080,00	1166,40	1236,38	1236,38	B.15.	bezpłatny	0 zł
183	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441673	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	B.15.	bezpłatny	0 zł
184	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441680	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	7780,00	8402,40	8906,54	8906,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
185	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441659	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	972,50	1050,30	1113,32	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
186	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441697	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	11670,00	12603,60	13359,82	13359,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
187	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441666	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1945,00	2100,60	2226,64	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
188	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2025-01-01	2 lata	1204.0, Eliglustat	75235,18	81253,99	83413,99	83413,99	B.23.	bezpłatny	0 zł
189	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.	08027950032181	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1269.0, Elotuzumab	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	B.54.	bezpłatny	0 zł
190	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.	08027950032198	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1269.0, Elotuzumab	7733,33	8352,00	8853,12	8853,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
191	Elranatamab	Elrexfio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1,1 ml	05415062116289	2025-04-01	2 lata	1326.0, Elranatamab	12665,00	13678,20	14498,89	14498,89	B.54.	bezpłatny	0 zł
192	Elranatamab	Elrexfio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1,9 ml	05415062116272	2025-04-01	2 lata	1326.0, Elranatamab	21878,00	23628,24	25045,93	25045,93	B.54.	bezpłatny	0 zł
193	Eltrombopagum	Eltrombopag Accord, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05055565799574	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2234,88	33523,20	35534,55	23555,55	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
194	Eltrombopagum	Eltrombopag Accord, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05055565799581	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4469,76	67046,40	71069,25	47111,10	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
195	Eltrombopagum	Eltrombopag Glenmark, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	08595112679432	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	1481,48	22222,20	23555,55	23555,55	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
196	Eltrombopagum	Eltrombopag Glenmark, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	08595112679449	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2962,96	44444,40	47111,10	47111,10	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
197	Eltrombopagum	Eltrombopag Krka, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	03838989770884	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2234,88	33523,20	35534,55	23555,55	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
198	Eltrombopagum	Eltrombopag Krka, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	03838989770877	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4469,76	67046,40	71069,25	47111,10	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
199	Eltrombopagum	Eltrombopag Polpharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991556037	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2234,88	33523,20	35534,55	23555,55	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
200	Eltrombopagum	Eltrombopag Polpharma, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991555962	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4469,76	67046,40	71069,25	47111,10	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
201	Eltrombopagum	Eltrombopag Viatrix, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05901797711337	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2100,00	31500,00	33390,00	23555,55	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
202	Eltrombopagum	Eltrombopag Viatrix, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05901797711344	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4200,00	63000,00	66780,00	47111,10	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
203	Eltrombopagum	Eltrombopag Zentiva, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991553975	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2234,88	33523,20	35534,55	23555,55	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
204	Eltrombopagum	Eltrombopag Zentiva, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991553999	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1172.0, Eltrombopag	4469,76	67046,40	71069,25	47111,10	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
205	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2026-01-01/<2>2025-04-01	<1><2>2 lata/<3>3 lata	1172.0, Eltrombopag	2979,84	3218,23	3411,32	3411,32	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
206	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2026-01-01/<2>2025-04-01	<1><2>2 lata/<3>3 lata	1172.0, Eltrombopag	5959,68	6436,45	6822,64	6822,64	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
207	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 0,4 ml	07613326004442	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	13968,25	15085,71	15990,86	15949,71	B.15.	bezpłatny	0 zł
208	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 0,7 ml	07613326004534	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	24444,44	26400,00	27984,00	27912,00	B.15.	bezpłatny	0 zł
209	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	07613326004763	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	34920,63	37714,28	39874,28	39874,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
210	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml	1 fiol. po 0,4 ml	07613326059008	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	2793,65	3017,14	3198,17	3189,94	B.15.	bezpłatny	0 zł
211	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	07613326004756	2025-10-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	6984,13	7542,86	7995,43	7974,86	B.15.	bezpłatny	0 zł
212	Encorafenibum	Brařtovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2024-10-01	3 lata	1213.0, Enkorafenib	2639,00	2850,12	3021,13	2900,28	B.59.	bezpłatny	0 zł
213	Encorafenibum	Brařtovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2024-10-01	3 lata	1213.0, Enkorafenib	5700,23	6156,25	6525,62	6525,62	B.59.	bezpłatny	0 zł
214	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzenia koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991487430	2026-01-01	2 lata	1291.0, Enfortumab vedotyny	2813,00	3038,04	3220,32	3220,32	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
215	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzenia koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991487447	2026-01-01	2 lata	1291.0, Enfortumab vedotyny	4219,50	4557,06	4830,48	4830,48	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
216	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	2026-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	40,00	43,20	45,79	45,79	B.1.; B.106.	bezpłatny	0 zł
217	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991363826	2026-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	80,00	86,40	91,58	91,58	B.1.	bezpłatny	0 zł
218	Entecavirum	Entekavir Adamed, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	250,00	270,00	286,20	85,86	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
219	Entecavirum	Entekavir Adamed, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	500,00	540,00	572,40	171,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
220	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	195,00	210,60	223,24	85,86	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
221	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05055565742549	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	390,00	421,20	446,47	171,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
222	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991369576	2025-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	75,00	81,00	85,86	85,86	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
223	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991369590	2025-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	150,00	162,00	171,72	171,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
224	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	07613326024891	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01	2 lata	1270.0, Entrectynib	3960,00	4276,80	4533,41	4533,41	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
225	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg	90 szt.	07613326024624	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01	2 lata	1270.0, Entrectynib	23760,00	25660,80	27200,45	27200,45	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
226	Enzalutamidum	Xtandi, tabl. powł., 40 mg	112 szt.	05909991415242	2024-07-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	9234,00	9972,72	10571,08	10571,08	B.56.	bezpłatny	0 zł
227	Epcoritamabum	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/0,8 ml	1 fiol. 0,8 ml	08054083026503	2026-01-01	2 lata	1308.0, Epcorytamab	1977,01	2135,17	2263,28	2263,28	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
228	Epcoritamabum	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 48 mg	1 fiol. 0,8 ml	08054083026497	2026-01-01	2 lata	1308.0, Epcorytamab	23724,15	25622,08	27159,41	27159,41	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
229	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072378	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropozę	150,00	162,00	171,72	137,38	B.37.	bezpłatny	0 zł
230	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml	6 amp.-strz.po 1 ml	05909990072392	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropozę	300,00	324,00	343,44	274,75	B.37.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
231	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp-strz.po 0,3 ml	05909990072439	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	450,00	486,00	515,16	412,13	B.37.	bezpłatny	0 zł
232	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp-strz.po 0,4 ml	05909990072453	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	549,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
233	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg	1 fiol.	05909991089085	2023-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	87,30	94,28	99,94	99,94	B.31.	bezpłatny	0 zł
234	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg	1 fiol.	05909991089092	2023-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	261,90	282,85	299,82	299,82	B.31.	bezpłatny	0 zł
235	Eptinezumabum	Vyepti, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 ml	05702150155733	2025-07-01	2 lata	1335.0, Eptinezumab	3800,00	4104,00	4350,24	4350,24	B.133.	bezpłatny	0 zł
236	Erdaftinibum	Balversa, tabl. powł., 3 mg	84 szt.	05413868125771	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdaftymib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
237	Erdaftinibum	Balversa, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05413868125764	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdaftymib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
238	Erdaftinibum	Balversa, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05413868125757	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdaftymib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
239	Erenumabum	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	07613421024604	2024-07-01	2 lata	1245.0, Erenumab	1237,93	1336,96	1417,19	1417,19	B.133.	bezpłatny	0 zł
240	Eribulinum	Eribulin Baxter, roztwór do wstrzykiwań, 0,44 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	03400930295922	2026-01-01	2 lata	1346.0, Erybulina	714,86	772,05	818,37	818,37		bezpłatny	0 zł
241	Eribulinum	Eribulin Ever Pharma, roztwór do wstrzykiwań, 0,44 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909991552350	2026-01-01	2 lata	1346.0, Erybulina	714,00	771,12	817,39	817,39		bezpłatny	0 zł
242	Esketaminum	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg	1 fiol. po 28 mg	05413868117400	2025-07-01	2 lata	1278.0, Esketamina	836,72	903,66	957,87	957,87	B.147.	bezpłatny	0 zł
243	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk. 1 ml	08809593172420	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; B.35.; B.36.; B.82.;<2>B.47.	bezpłatny	0 zł
244	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	08809593172413	2026-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; B.35.; B.36.; B.82.;<2>B.47.	bezpłatny	0 zł
245	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990880881	2024-10-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	510,00	550,80	583,85	583,85	B.33.	bezpłatny	0 zł
246	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990777938	2024-10-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1275,00	1377,00	1459,62	1459,62	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
247	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2><3><4>2026-01-01/<5>2025-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	712,50	769,50	815,67	815,67	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
248	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2><3><4>2026-01-01/<5>2025-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
249	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2><3><4>2026-01-01/<5>2025-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
250	Etanerceptum	Nepexto, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	05397315001361	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; B.35.; B.36.; B.82.;<2>B.47.	bezpłatny	0 zł
251	Etanerceptum	Nepexto, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze	05397315001378	2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1425,00	1539,00	1631,34	1631,34	<1>B.33.; B.35.; B.36.; B.82.;<2>B.47.	bezpłatny	0 zł
252	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2025-10-01	2 lata	1198.0, Ewolokumab	1338,07	1445,12	1531,82	1531,82	B.101.	bezpłatny	0 zł
253	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990645220	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
254	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990643110	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	840,00	907,20	961,63	961,63	B.15.	bezpłatny	0 zł
255	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	05909990799374	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1602,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
256	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	05909990799367	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	801,36	B.15.	bezpłatny	0 zł
257	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573615	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1260,00	1360,80	1442,45	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
258	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573554	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	315,00	340,20	360,61	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
259	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw infuzyjny	05909990573561	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	630,00	680,40	721,22	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
260	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825349	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
261	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825301	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	427,50	461,70	489,40	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
262	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825332	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
263	Farycymab	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 fiol. 0,24 ml + 1 igła	07613326050708	2026-01-01	2 lata	1293.0, Farycymab	2850,45	3078,49	3263,20	3263,20	B.70.	bezpłatny	0 zł
264	Fedratinibum	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg	120 szt.	07640133688596	2024-07-01	2 lata	1247.0, Fedratynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
265	Fenfluraminum	Fintepla, roztwór doustny, 2,2 mg/ml	120 ml	05413787222018	2025-01-01	2 lata	1313.0, Fenfluramina	4167,41	4500,80	4770,85	4770,85	B.154.FM.	bezpłatny	0 zł
266	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	08020030001428	2025-04-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	<1>B.33.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
267	Fingolimodum	Chantico, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	09008732012316	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
268	Fingolimodum	Efigalo, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	03838989774172	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
269	Fingolimodum	Fimodigo, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05901812161949	2026-01-01	3 lata	1105.0, Fingolimod	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
270	Fingolimodum	Fingolimod Adamed, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05900411007078	2025-10-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
271	Fingolimodum	Fingolimod Aurovitas, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991474621	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2750,00	2970,00	3148,20	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
272	Fingolimodum	Fingolimod Reddy, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	04251958600460	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
273	Fingolimodum	Fingolimod Richter, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05997001333303	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
274	Fingolimodum	Fingolimod Solinea, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991458850	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
275	Fingolimodum	Fingolimod Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991469641	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
276	Fingolimodum	Fingolimod Zentiva, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991461157	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
277	Fingolimodum	Gaxenim, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	03830070471786	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
278	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909990856480	2025-01-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	4714,87	5092,06	5397,58	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
279	Foslevodopum + Foscarbidopum	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml	7 fiol. po 10 ml	08054083025162	2024-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2498,94	B.90.	bezpłatny	0 zł
280	Fremanezumabum	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	05909991396497	2024-07-01	2 lata	1246.0, Fremanezumab	1732,50	1871,10	1983,37	1983,37	B.133.	bezpłatny	0 zł
281	Fruquintinibum	Fruzaqla, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	07038319163867	2025-10-01	2 lata	1339.0, Frukwintynib	3620,00	3909,60	4144,18	4144,18	B.4.	bezpłatny	0 zł
282	Fruquintinibum	Fruzaqla, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	07038319163973	2025-10-01	2 lata	1339.0, Frukwintynib	18100,00	19548,00	20720,88	20720,88	B.4.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
283	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05415062328576	2024-10-01	2 lata	1251.0, Gemtuzumab ozogamicyny	25740,00	27799,20	29467,15	29467,15	B.114.	bezpłatny	0 zł
284	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2024-10-01	2 lata	1250.0, Gilteritynib	74000,00	79920,00	82080,00	82080,00	B.114.	bezpłatny	0 zł
285	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046	2026-01-01	3 lata	1237.0, Giwosyran	159215,68	171952,93	174112,93	174112,93	B.128.	bezpłatny	0 zł
286	Glatirameri acetat	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp.-strzyk	05909990017065	2024-10-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetat	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.29.	bezpłatny	0 zł
287	Glatirameri acetat	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strzyk	05909991216382	2025-01-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetat	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.29.	bezpłatny	0 zł
288	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powł., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	45239,04	48858,16	51018,16	51018,16	B.71.	bezpłatny	0 zł
289	Glofitamabum	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol. 10 ml	07613326068468	2024-10-01	2 lata	1309.0, Glofitamab	13316,55	14381,87	15244,78	15244,78	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
290	Glofitamabum	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2,5 mg	1 fiol. 2,5 ml	07613326068871	2024-10-01	2 lata	1309.0, Glofitamab	3329,14	3595,47	3811,20	3811,20	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
291	Glyceroli phenylbutyras	Raviecti, płyn doustny, 1,1 g/ml	1 butelka 25 ml + 1 nasadka	07350110580354	2025-01-01	2 lata	1262.0, Fenylomaślan glicerolu	717,40	774,79	821,28	821,28	B.140.	bezpłatny	0 zł
292	Golimimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2024-10-01	2 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2567,00	2772,36	2938,70	2938,70	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
293	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2025-04-01	1 rok 6 miesięcy	1212.0, Guselkumab	8379,00	9049,32	9592,28	9547,63	B.47.	bezpłatny	0 zł
294	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413868116687	2025-07-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8340,00	9007,20	9547,63	9547,63	B.35.	bezpłatny	0 zł
295	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05413868117011	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	7676,00	8290,08	8787,48	8787,48	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
296	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 280 mg	30 szt.	05413868117028	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	15352,00	16580,16	17574,97	17574,96	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
297	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 420 mg	30 szt.	05413868117035	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	23028,00	24870,24	26362,45	26362,44	B.12.FM.; B.79.	bezpłatny	0 zł
298	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 560 mg	30 szt.	05413868117042	2025-10-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	30704,00	33160,32	35149,94	35149,92	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
299	Idursulfasum	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	05909990053742	2026-01-01	2 lata	1062.0, Idursulfase	9040,00	9763,20	10348,99	10348,99	B.25.	bezpłatny	0 zł
300	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 amp.po 1 ml	05908229300633	2025-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1762,89	1903,92	2018,15	2018,15	B.31.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
301	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2025-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1321,25	1426,95	1512,57	1512,57	B.31.	bezpłatny	0 zł
302	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.po 10 ml	05909990943012	2025-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	5368,29	5797,75	6145,62	6145,62	B.23.	bezpłatny	0 zł
303	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033	2022-09-01	4 lata	1252.0, Imlifidaza	678105,00	732353,40	734513,40	734513,40	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
304	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040	2022-09-01	4 lata	1252.0, Imlifidaza	1356210,00	1464706,80	1466866,80	1466866,80	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
305	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990797868	<1>2025-01-01/<2><3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1325,00	1431,00	1516,86	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
306	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990797875	2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2650,00	2862,00	3033,72	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
307	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990869572	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	600,00	648,00	686,88	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
308	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990869657	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1200,00	1296,00	1373,76	1190,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
309	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990869541	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	300,00	324,00	343,44	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
310	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	2976,50	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
311	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2026-01-01/<2>2023-11-01	<1>3 miesiące/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
312	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2026-01-01/<2>2023-11-01	<1>3 miesiące/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1190,59	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
313	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2026-01-01/<2>2023-11-01	<1>3 miesiące/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
314	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2026-01-01/<2>2023-11-01	<1>3 miesiące/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	260,00	280,80	297,65	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
315	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	2976,50	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
316	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	6000,00	6480,00	6868,80	5953,00	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
317	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	750,00	810,00	858,60	744,13	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
318	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	9000,00	9720,00	10303,20	8929,50	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
319	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1500,00	1620,00	1717,20	1488,25	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
320	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909990425143	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	300,00	324,00	343,44	303,37	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
321	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05909990425174	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
322	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	05909990425181	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	6067,44	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
323	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909990425150	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	750,00	810,00	858,60	758,43	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
324	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	05909990782208	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	9000,00	9720,00	10303,20	9101,16	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
325	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909990425167	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1500,00	1620,00	1717,20	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
326	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	100 ml	05909990725793	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
327	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	200 ml	05909990725809	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	6067,44	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
328	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	25 ml	05909990725823	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	750,00	810,00	858,60	758,43	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
329	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	400 ml	05909991078676	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	12000,00	12960,00	13737,60	12134,88	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
330	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	50 ml	05909990725786	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1500,00	1620,00	1717,20	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
331	Immunoglobulinum humanum normale (SCIg)	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991527310	2025-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	595,30	B.17.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
332	Immunoglobulinum humanum normale (SCIg)	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991527327	2025-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1190,59	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
333	Immunoglobulinum humanum normale (SCIg)	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909991527334	2025-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2600,00	2808,00	2976,48	2976,48	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
334	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2025-10-01	2 lata	1261.0, Inclisiran	9999,00	10798,92	11446,86	11446,86	B.101.	bezpłatny	0 zł
335	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1><2><3><4><6>2024-07-01/<5>2025-07-01	<1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	870,00	939,60	995,98	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
336	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<1><6>2026-01-01/<2><3><4><5>2025-10-01	<1><6>2 lata/<2><3><4><5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
337	Infliximabum	Remsima, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 120 mg	1 wstrzyk. 1 ml	05996537011242	2026-01-01	2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	712,00	768,96	815,10	714,36	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.55.	bezpłatny	0 zł
338	Infliximabum	Remsima, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 120 mg	2 wstrzyk. 1 ml	05996537011259	2025-10-01	2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	1424,00	1537,92	1630,20	1428,72	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.55.	bezpłatny	0 zł
339	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><2><3><4><6>2024-04-01/<5>2025-04-01	<1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	750,00	810,00	858,60	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
340	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2025-01-01	2 lata 6 miesięcy	1219.0, Inotuzumab ozogamycyny	39392,10	42543,47	44703,47	44703,47	B.65.	bezpłatny	0 zł
341	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2024-10-01	3 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
342	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2024-10-01	3 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
343	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2024-10-01	3 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	2780,00	3002,40	3182,54	3182,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
344	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2024-10-01	3 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	2780,00	3002,40	3182,54	3182,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
345	Interferonum beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2025-01-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2105,00	2273,40	2409,80	2409,80	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
346	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990872442	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01/<4><5>2025-10-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	11983,11	12941,76	13718,27	13718,27	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59.	bezpłatny	0 zł
347	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990872459	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01/<4><5>2025-10-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	47932,43	51767,02	53927,02	53927,02	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59.	bezpłatny	0 zł
348	Iptacopan	Fabhalta, kaps. twarde, 200 mg	56 szt.	07613421171520	2026-01-01	2 lata	1345.0, Iptakopan	120600,00	130248,00	132408,00	132408,00	B.96.	bezpłatny	0 zł
349	Isatuximabum	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. po 25 ml	05909991427832	2025-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	9814,05	10599,17	11235,12	11235,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
350	Isatuximabum	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909991427818	2025-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	1962,81	2119,83	2247,03	2247,03	B.54.	bezpłatny	0 zł
351	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
352	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2025-07-01	3 lata	1216.0, Iwakaftor	40812,00	44076,96	46236,96	46236,96	B.112.	bezpłatny	0 zł
353	Ivacaftorum	Kalydeco, granulaty w saaszetce, 59,5 mg	28 szt.	00351167175309	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
354	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
355	Ivacaftorum	Kalydeco, granulaty w saaszetce, 75 mg	28 szt.	00351167174302	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
356	Ivacaftorum	Kalydeco, granulaty w saaszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2025-07-01	3 lata	1216.0, Iwakaftor	40812,00	44076,96	46236,96	46236,96	B.112.	bezpłatny	0 zł
357	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulaty, 125+100 mg	56 sas.	00351167131701	2024-04-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
358	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulaty, 188+150 mg	56 sas.	00351167131800	2024-04-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
359	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 150+100 mg	28 szt.	00351167136102	2024-04-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
360	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 75+50 mg	28 szt.	00351167144404	2024-04-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
361	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powł., 37,5+25+50 mg	56 szt.	00351167149409	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
362	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, granulaty w saaszetce, 60+40+80 mg	28 szt.	00351167173305	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
363	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, granulaty w saaszetce, 75+50+100 mg	28 szt.	00351167172704	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
364	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powł., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
365	Ivosidenibum	Tibsovo, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	03664898120737	2025-01-01	2 lata	1317.0, Iwosydenib	47048,13	50811,98	52971,98	52971,98	B.114.	bezpłatny	0 zł
366	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	14481,72	B.54.	bezpłatny	0 zł
367	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
368	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
369	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2025-01-01/<2><4>2024-07-01/<3>2026-01-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2><4>2 lata/<3>9 miesięcy	1184.0, Iksekizumab	8422,00	9095,76	9641,51	9641,51	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82.	bezpłatny	0 zł
370	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powł., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2025-04-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	157,13	169,70	179,88	179,88	B.113.	bezpłatny	0 zł
371	Lamivudinum	Lamivudine Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991464127	2023-03-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	74,60	80,57	85,41	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
372	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2025-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	99,54	107,50	113,95	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
373	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-strzyk.	00642621076103	2025-01-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	49853,42	53841,69	56001,69	56001,69	B.122.	bezpłatny	0 zł
374	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzyk.	07038319167698	2026-01-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	49853,42	53841,69	56001,69	56001,69	B.122.	bezpłatny	0 zł
375	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fioł.po 5 ml	05909990005673	2025-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2134,00	2304,72	2443,00	2443,00	B.24.	bezpłatny	0 zł
376	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	04057598011815	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektytib	19775,77	21357,83	22639,31	22639,28	B.144.	bezpłatny	0 zł
377	Larotrectinibum	Vitrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml	2 butelki 50 ml	04057598012287	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektytib	7062,77	7627,79	8085,46	8085,46	B.144.	bezpłatny	0 zł
378	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 25 mg	56 szt.	04057598011792	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektytib	4943,93	5339,44	5659,82	5659,82	B.144.	bezpłatny	0 zł
379	Lebrikizumabum	Ebglyss, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg	1 amp.-strzyk. 2 ml	08430308134091	2025-07-01	2 lata	1331.0, Lebrykizumab	4300,00	4644,00	4922,64	4922,64	B.124.	bezpłatny	0 zł
380	Letemovirum	Prevymis, tabl. powł., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2024-07-01	2 lata	1248.0, Letemowir	18000,00	19440,00	20606,40	20606,40	B.132.	bezpłatny	0 zł
381	Letemovirum	Prevymis, tabl. powł., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2024-07-01	2 lata	1248.0, Letemowir	36000,00	38880,00	41040,00	41040,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
382	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	05909990419135	2024-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2939,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
383	Levofloxacinum	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg	56 amp.	08025153003014	2025-04-01	3 lata	1234.0, Lewofloksacyna	9052,36	9776,55	10363,14	10363,14	B.27.	bezpłatny	0 zł
384	L-karnityna	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sas.	05016533045017	2024-04-01	3 lata	1205.0, L-Karnityna	1920,08	2016,08	2137,04	2137,04	B.109.	bezpłatny	0 zł
385	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05397203001220	2025-10-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	87529,26	94531,60	96691,60	96691,60	B.101.	bezpłatny	0 zł
386	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05397203001237	2025-10-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	87529,26	94531,60	96691,60	96691,60	B.101.	bezpłatny	0 zł
387	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05397203001213	2025-10-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	87529,26	94531,60	96691,60	96691,60	B.101.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
388	Loncastuximabum tesirini	Zynlonta, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol. 10 mg	07350031444193	2025-01-01	2 lata	1315.0, Lonkastuksymab tezyryny	60000,00	64800,00	66960,00	66960,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
389	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2025-10-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	18155,16	19607,57	20784,03	20784,03	B.6.	bezpłatny	0 zł
390	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2025-10-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	13616,37	14705,68	15588,02	15588,02	B.6.	bezpłatny	0 zł
391	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138	2022-03-01	4 lata	1238.0, Lumazyran	306870,45	331420,09	333580,09	333580,09	B.129.FM.	bezpłatny	0 zł
392	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	1 fiol.	07640133688244	2025-07-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropozę - luspatercept	6577,10	7103,27	7529,47	7529,47	B.142.	bezpłatny	0 zł
393	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg	1 fiol.	07640133688251	2025-07-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropozę - luspatercept	19731,30	21309,80	22588,39	22588,39	B.142.	bezpłatny	0 zł
394	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml	1 fiol. 20,5 - 25 ml	05909991350963	2025-01-01	2 lata	1170.1, Oksodotreotyd lutetu Lu-177	85000,00	91800,00	93960,00	93960,00	B.139.	bezpłatny	0 zł
395	Macitentanum	Opsumit, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	07640111931133	2026-01-01	3 lata	1139.0, Macytentan	7137,43	7708,42	8170,93	8170,93	B.31.	bezpłatny	0 zł
396	Maralixibatam	Livmarli, roztwór doustny, 9,5 mg/ml	30 ml	08720696500012	2025-07-01	2 lata	1334.0, Maraliksiyat	101642,15	109773,52	111933,52	111933,52	B.175.	bezpłatny	0 zł
397	Maribavirum	Livtency, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	07038319161382	2025-04-01	2 lata	1321.0, Maribawir	22752,98	24573,22	26047,61	26047,61	B.168.	bezpłatny	0 zł
398	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	08027950800742	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
399	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	08027950800759	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
400	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	08027950800728	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
401	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	08027950800735	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
402	Mecaseminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2026-01-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2467,53	2664,93	2824,83	2824,83	B.20.	bezpłatny	0 zł
403	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampulko-strzykawka	05909991407148	<1>2025-01-01/<3>2024-10-01/<2><4>2025-04-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<3>2 lata/<2><4>1 rok 6 miesięcy	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	<1>B.44.; <2>B.75.; <3>B.156.; <4>B.169.	bezpłatny	0 zł
404	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	<1>2025-01-01/<3>2024-10-01/<2><4>2025-04-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<3>2 lata/<2><4>1 rok 6 miesięcy	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	<1>B.44.; <2>B.75.; <3>B.156.; <4>B.169.	bezpłatny	0 zł
405	Mercaptamini bitartras	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	03663502001011	2025-10-01	2 lata	1084.1, Cysteamina	880,00	950,40	1007,42	1007,42	B.61.	bezpłatny	0 zł
406	Mercaptamini hydrochloridum	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml	1 fiol. 5 ml	03663502000274	2025-01-01	2 lata	1084.2, Cysteamina do oczu	4420,00	4773,60	5060,02	5060,02	B.61.	bezpłatny	0 zł
407	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2025-07-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	52028,22	56190,48	58350,48	58350,48	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
408	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2025-07-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	26014,11	28095,24	29780,96	29780,96	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
409	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1215.0, Migalastatum	59787,86	64570,89	66730,89	66730,89	B.104.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
410	Mirikizumabum	OmvoH, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05999885490219	2025-01-01	2 lata	1319.0, Mirikizumab	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.55.	bezpłatny	0 zł
411	Mirikizumabum	OmvoH, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg/15 ml	1 fiol. 15 ml	05999885490202	2025-01-01	2 lata	1319.0, Mirikizumab	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.55.	bezpłatny	0 zł
412	Mirvetuximabum soravtansinum	Elahere, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. 20 ml	08054083029306	2025-10-01	2 lata	1344.0, Mirvetuksymab sorawtanzyna	12200,00	13176,00	13966,56	13966,56	B.50.	bezpłatny	0 zł
413	Mogamulizumabum	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05038903004233	2024-10-01	2 lata	1300.0, Mogamulizumab	4958,00	5354,64	5675,92	5675,92	B.66.	bezpłatny	0 zł
414	Momelotinibum	Omijara, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991526177	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
415	Momelotinibum	Omijara, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909991526184	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
416	Momelotinibum	Omijara, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909991526191	2025-10-01	2 lata	1342.0, Momelotynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
417	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. po 1 ml	07613326061001	2024-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	905,47	977,91	1036,58	1036,58	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
418	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. po 30 ml	07613326061087	2024-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	27163,96	29337,08	31097,30	31097,30	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
419	Natalizumabum	Tyruko, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. po 15 ml	07613421131517	2025-10-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	4275,00	4617,00	4894,02	4894,02	B.29.	bezpłatny	0 zł
420	Natalizumabum	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 amp.-strzyk.	05713219560252	2024-04-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	4894,02	B.29.	bezpłatny	0 zł
421	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. po 15 ml	05909990084333	2025-01-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	4894,02	B.29.	bezpłatny	0 zł
422	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4365,00	4714,20	4997,05	4997,05	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
423	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	7740,00	8359,20	8860,75	8860,75	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
424	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2025-01-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9021,41	9743,12	10327,71	10327,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
425	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2025-01-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	8600,00	9288,00	9845,28	7745,78	B.6.	bezpłatny	0 zł
426	Niraparibum	Zejula, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991515201	2024-10-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	17605,00	19013,40	20154,20	20154,20	B.50.	bezpłatny	0 zł
427	Niraparibum	Zejula, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991515218	2024-10-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	26407,50	28520,10	30231,31	30231,30	B.50.	bezpłatny	0 zł
428	Niraparyb + Abirateron	Akeega, tabl. powł., 100 + 500 mg	56 szt.	05413868122459	2025-01-01	2 lata	1236.1, Niraparyb + Octan abirateronu	21163,50	22856,58	24227,97	24227,97	B.56.	bezpłatny	0 zł
429	Niraparyb + Abirateron	Akeega, tabl. powł., 50 + 500 mg	56 szt.	05413868122442	2025-01-01	2 lata	1236.1, Niraparyb + Octan abirateronu	21163,50	22856,58	24227,97	24227,97	B.56.	bezpłatny	0 zł
430	Nitisonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	07350031442182	2026-01-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	5850,00	6318,00	6697,08	6697,08	B.76.	bezpłatny	0 zł
431	Nitisonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 szt.	07350031442267	2026-01-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1170,00	1263,60	1339,42	1339,42	B.76.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
432	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 szt.	07350031441833	2026-01-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	11700,00	12636,00	13394,16	13394,16	B.76.	bezpłatny	0 zł
433	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 szt.	07350031442229	2026-01-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	2925,00	3159,00	3348,54	3348,54	B.76.	bezpłatny	0 zł
434	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1><6>2025-04-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01/<4>2023-09-01/<5>2025-10-01/<7>2024-10-01/<8>2025-07-01	<1><6>1 rok/<2>1 rok 9 miesięcy/<3>1 rok 3 miesiące/<4>2 lata 8 miesięcy/<5>6 miesięcy/<7>1 rok 6 miesięcy/<8>9 miesięcy	1144.0, Niwolumab	5915,61	6388,86	6772,19	6772,18	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.52.; <5>B.58.; <6>B.59.; <7>B.77.; <8>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
435	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1><6>2025-04-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01/<4>2023-09-01/<5>2025-10-01/<7>2024-10-01/<8>2025-07-01	<1><6>1 rok/<2>1 rok 9 miesięcy/<3>1 rok 3 miesiące/<4>2 lata 8 miesięcy/<5>6 miesięcy/<7>1 rok 6 miesięcy/<8>9 miesięcy	1144.0, Niwolumab	2366,24	2555,54	2708,87	2708,87	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.52.; <5>B.58.; <6>B.59.; <7>B.77.; <8>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
436	Niwolumab + Relatlimab	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg	1 fiol. 20 ml	08027950800476	2024-04-01	2 lata	1144.1, Niwolumab + Relatlimab	28526,00	30808,08	32656,56	32656,56	B.59.	bezpłatny	0 zł
437	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2397,84	2589,67	2745,05	2745,05	B.15.	bezpłatny	0 zł
438	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	4795,68	5179,33	5490,09	5490,09	B.15.	bezpłatny	0 zł
439	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	599,46	647,42	686,26	686,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
440	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1198,92	1294,83	1372,53	1372,53	B.15.	bezpłatny	0 zł
441	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2026-01-01	3 lata	1185.0, Nusinersen	285950,00	308826,00	310986,00	310986,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
442	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2024-10-01/<2>2024-07-01	2 lata	1148.0, Obinutuzumab	9700,00	10476,00	11104,56	11104,56	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
443	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05902768001174	2025-01-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	20833,00	22499,64	23849,62	23849,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
444	Ocrelizumabum	Ocrevus, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 23 ml	07613326075824	2025-07-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	41666,00	44999,28	47159,28	47159,28	B.29.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
445	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909990224340	2024-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2470,00	2667,60	2827,66	2472,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
446	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224357	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3705,00	4001,40	4241,48	3709,14	B.15.	bezpłatny	0 zł
447	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697441	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4940,00	5335,20	5655,31	4945,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
448	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224302	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	617,50	666,90	706,91	618,19	B.15.	bezpłatny	0 zł
449	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697458	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7410,00	8002,80	8482,97	7418,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
450	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224333	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1235,00	1333,80	1413,83	1236,38	B.15.	bezpłatny	0 zł
451	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odeviksybat	61258,68	66159,37	68319,37	68319,37	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
452	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odeviksybat	10209,78	11026,56	11688,16	11688,16	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
453	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odeviksybat	20419,56	22053,12	23376,31	23376,31	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
454	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036	2024-01-01	4 lata	1292.0, Odeviksybat	30629,34	33079,69	35064,47	35064,47	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
455	Ofatumumabum	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	1 wstrz.	07613421040123	2025-01-01	2 lata	1257.0, Ofatumumab	5553,35	5997,62	6357,47	6357,47	B.29.	bezpłatny	0 zł
456	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05000456031325	2025-10-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	7449,52	8045,48	8528,21	8528,21	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.; <5>B.148.	bezpłatny	0 zł
457	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05000456031318	2025-10-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	7449,52	8045,48	8528,21	8528,21	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.; <5>B.148.	bezpłatny	0 zł
458	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508	2024-04-01	2 lata	1296.0, Olipudaza alfa	14860,00	16048,80	17011,73	17011,73	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł
459	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696	2024-04-01	2 lata	1296.0, Olipudaza alfa	2972,00	3209,76	3402,35	3402,35	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł
460	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk.	05996537021098	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	720,00	777,60	824,26	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
461	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 wstrzykiwacz	05996537027083	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	720,00	777,60	824,26	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
462	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	10 amp.-strzyk.	05996537021128	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
463	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk.	05996537022071	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	360,00	388,80	412,13	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
464	Omalizumabum	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 wstrzykiwacz	05996537028073	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	360,00	388,80	412,13	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
465	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk.	05909990708406	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
466	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk.	07613421103590	2025-10-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
467	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 150 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103514	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	824,26	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
468	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-strzyk.	07613421103774	2025-10-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	2264,40	2445,55	2592,28	1648,52	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
469	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103675	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	2264,40	2445,55	2592,28	1648,52	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
470	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk.	05909990708376	2026-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
471	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk.	07613421103965	2025-10-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
472	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 75 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103873	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	412,13	B.44.	bezpłatny	0 zł
473	Omaveloxolonum	Skyclarys, kaps. twarde, 50 mg	90 szt.	00373179500443	2025-07-01	2 lata	1333.0, Omaveloksolon	99703,11	107679,36	109839,36	109839,36	B.174.	bezpłatny	0 zł
474	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
475	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
476	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
477	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
478	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
479	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
480	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
481	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
482	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
483	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiole, 5,5 ml + 3 fiole, 8,3 ml	05397227701151	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
484	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiole, 5,5 ml + 4 fiole, 8,3 ml	05397227701182	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
485	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiole, 5,5 ml + 5 fiole, 8,3 ml	05397227702837	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
486	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiole, 5,5 ml + 6 fiole, 8,3 ml	05397227702868	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
487	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiole, 5,5 ml + 7 fiole, 8,3 ml	05397227702899	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
488	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiole, 8,3 ml	05397227701083	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
489	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	3 fiole, 8,3 ml	05397227701113	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
490	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	4 fiole, 8,3 ml	05397227701144	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
491	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	5 fiole, 8,3 ml	05397227701175	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
492	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	6 fiole, 8,3 ml	05397227702820	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
493	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	7 fiole, 8,3 ml	05397227702851	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
494	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	8 fiole, 8,3 ml	05397227702882	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
495	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	9 fiole, 8,3 ml	05397227702912	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwówek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
496	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2025-10-01	1 rok 3 miesiące	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	13165,20	B.6.	bezpłatny	0 zł
497	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2025-10-01	1 rok 3 miesiące	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
498	Oxybutynini hydrochloridum	Vesoxx, roztwór do podawania do pęcherza moczowego, 1 mg/ml	100 amp.-strzyk. 10 ml	05909991398705	2025-01-01	2 lata	1312.0, Oksybutynina	7500,00	8100,00	8586,00	8586,00	B.73.	bezpłatny	0 zł
499	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg	7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg)	07640133688220	<1><2>2025-01-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	1293,74	1397,24	1481,07	528,96	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
500	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg	28 szt.	07640133688237	<1><2>2025-01-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	5174,96	5588,96	5924,30	5924,30	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
501	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 100 mg	21 szt.	05415062353684	2025-10-01	1 rok	1194.0, Palbocyklib	8400,00	9072,00	9616,32	9616,32	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
502	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 125 mg	21 szt.	05415062353691	2025-10-01	1 rok	1194.0, Palbocyklib	8400,00	9072,00	9616,32	9616,32	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
503	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 75 mg	21 szt.	05415062353677	2025-10-01	1 rok	1194.0, Palbocyklib	8400,00	9072,00	9616,32	7212,24	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
504	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2025-04-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1468,25	1585,71	1680,86	1680,86	B.40.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
505	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2025-04-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	2936,50	3171,42	3361,71	3361,71	B.40.	bezpłatny	0 zł
506	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fioł.a 1 ml	04046241091243	2026-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	56,50	61,02	64,68	64,68	B.39.	bezpłatny	0 zł
507	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fioł.a 1 ml	04046241079906	2026-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	145,00	156,60	166,00	166,00	B.39.	bezpłatny	0 zł
508	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003534	<1>2024-10-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1174.0, Pasyreotydy	6874,46	7424,42	7869,88	6893,13	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
509	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003527	2024-04-01	2 lata	1174.0, Pasyreotydy	9031,88	9754,43	10339,69	10339,69	B.118.	bezpłatny	0 zł
510	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003510	<1>2024-10-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1174.0, Pasyreotydy	7135,18	7705,99	8168,35	8168,35	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
511	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003503	2024-10-01	3 lata	1174.0, Pasyreotydy	7896,53	8528,25	9039,95	9039,95	B.99.	bezpłatny	0 zł
512	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 54 mg/ml	1 fioł. 20 ml	07350031443950	2025-10-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	16055,00	17339,40	18379,76	18379,76	B.96.	bezpłatny	0 zł
513	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 54 mg/ml	8 fioł. 20 ml	07350031443967	2025-10-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	128440,00	138715,20	140875,20	140875,20	B.96.	bezpłatny	0 zł
514	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
515	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
516	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
517	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2024-07-01	3 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2135,50	2306,34	2444,72	2444,72	B.29.	bezpłatny	0 zł
518	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2024-07-01	3 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2135,50	2306,34	2444,72	1535,28	B.29.	bezpłatny	0 zł
519	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 zestawów (fioł., amp.-strzyk. i igiel z zabezpieczeniem)	05909990006281	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	6930,00	7484,40	7933,46	7933,46	B.99.	bezpłatny	0 zł
520	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 zestawów (fioł., amp.-strzyk. i igiel z zabezpieczeniem)	05909990006298	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	10395,00	11226,60	11900,20	11900,19	B.99.	bezpłatny	0 zł
521	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	30 zestawów (fioł., amp.-strzyk. i igiel z zabezpieczeniem)	05415062315958	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	13860,00	14968,80	15866,93	15866,92	B.99.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
522	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315965	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegvisomant	17325,00	18711,00	19833,66	19833,65	B.99.	bezpłatny	0 zł
523	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><6>2025-04-01/<5><7>2024-10-01/<2><3><9>2025-07-01/<4><8><10>2025-10-01	<1><6>1 rok 3 miesiące/<2><3><9>1 rok/<4><8><10>9 miesięcy/<5><7>1 rok 9 miesięcy	1143.0, Pembrolizumab	13039,48	14082,64	14927,60	14927,60	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.9.FM; <4>B.10.; <5>B.52.; <6>B.58.; <7>B.59.; <8>B.148.; <9>B.141.FM.; <10>B.159.	bezpłatny	0 zł
524	Pentozanu wielosiarczan sodowy	Elmiron, kaps.twarde, 100 mg	90 szt.	04260078520176	2026-01-01	2 lata	1348.0, Polisiarczan pentozanu sodu	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	B.178.	bezpłatny	0 zł
525	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2024-04-01	3 lata	1147.0, Pertuzumab	8874,00	9583,92	10158,96	10158,96	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
526	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991530396	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
527	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991530389	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	400,00	432,00	457,92	457,92	B.87.	bezpłatny	0 zł
528	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991530419	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
529	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991497118	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
530	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991497125	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	504,63	545,00	577,70	572,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
531	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991497156	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
532	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991494223	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
533	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991494193	2023-11-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	479,40	517,75	548,81	548,81	B.87.	bezpłatny	0 zł
534	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991494230	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
535	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991523336	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2440,00	2635,20	2793,31	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
536	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991523329	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	610,00	658,80	698,33	572,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
537	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991523367	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2440,00	2635,20	2793,31	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
538	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	07613421107284	2026-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
539	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	07613421107277	2026-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	500,00	540,00	572,40	572,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
540	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	07613421107291	2026-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.87.	bezpłatny	0 zł
541	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg	1 fiol. proszku	07613326024143	2026-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	41973,00	45330,84	47490,84	47490,84	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
542	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. proszku	07613326029353	2026-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	8994,21	9713,75	10296,57	10296,57	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
543	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2025-07-01	3 lata	1207.0, Ponatynib	17138,36	18509,43	19619,99	19619,99	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
544	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2025-07-01	3 lata	1207.0, Ponatynib	17138,36	18509,43	19619,99	19619,99	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
545	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	05413868120363	2025-01-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
546	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	03760250441806	2025-04-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
547	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2025-01-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
548	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	03760250441813	2025-04-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
549	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139	2022-09-01	4 lata	1253.0, Pretomanid	14310,00	15454,80	16382,09	16382,09	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
550	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165939	2026-01-01	2 lata	1351.0, rADAMTS13	16365,00	17674,20	18734,65	18734,64	B.164.	bezpłatny	0 zł
551	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165922	2026-01-01	2 lata	1351.0, rADAMTS13	5455,00	5891,40	6244,88	6244,88	B.164.	bezpłatny	0 zł
552	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3024,00	3265,92	3461,88	3461,88	<1>B.58.	bezpłatny	0 zł
553	Ranibizumab	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 0,23 ml	04260764190058	2024-07-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1087,90	1174,93	1245,42	1245,42	B.70.	bezpłatny	0 zł
554	Ranibizumab	Rimnyrah, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 0,23 ml	08434805000552	2025-04-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	850,00	918,00	973,08	973,08	B.70.	bezpłatny	0 zł
555	Ranibizumab	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml + igła z filtrem	05909991497316	2025-07-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1700,00	1836,00	1946,16	1946,16	B.70.	bezpłatny	0 zł
556	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg	1 fiol. 11 ml	05391527740162	<1>2025-10-01/<2>2025-01-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	71401,00	77113,08	79273,08	79273,08	<1>B.95.; B.96.; <2>B.157.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
557	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 3 ml	05391527740179	<1>2025-10-01/<2>2025-01-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	19473,00	21030,84	22292,69	22292,69	<1>B.95.; B.96.; <2>B.157.	bezpłatny	0 zł
558	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powł., 200 mg	42 szt.	07613421186548	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1195.0, Rybocyklib	6337,85	6844,88	7255,57	7255,57	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
559	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powł., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2024-10-01	2 lata 9 miesięcy	1195.0, Rybocyklib	9506,78	10267,32	10883,37	10883,36	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
560	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	1439,30	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
561	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1 mg	42 szt.	05908229300336	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	2878,60	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
562	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
563	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2 mg	42 szt.	05908229300398	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
564	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
565	Ripretinibum	Qinlock, tabl., 50 mg	90 szt.	03400930243640	2025-07-01	2 lata	1329.0, Ripretynib	78315,00	84580,20	86740,20	86740,20	B.172.	bezpłatny	0 zł
566	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 wstrzyk.po 1 ml	08054083023021	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
567	Risdiplamum	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml	1 but. po 80 ml	07613326029896	2024-10-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	35625,21	38475,23	40635,23	40635,23	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
568	Risdiplamum	Evrysdi, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	07613326078528	2026-01-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	71150,00	76842,00	79002,00	79002,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
569	Ritlecitinibum	Litfalo, kaps.twarde, 50 mg	30 szt.	05415062109823	2025-07-01	2 lata	1330.0, Ritlecytynib	3202,00	3458,16	3665,65	3665,65	B.173.	bezpłatny	0 zł
570	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1><3><4><5>2026-01-01/<2><6>2025-01-01	<1><6>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
571	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1><3><4><7>2026-01-01/<2><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><8>3 lata/<2><3><4><5><6><7>2 lata	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,65	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.135.; <6>B.150.; <7>B.157.	bezpłatny	0 zł
572	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><3><4><5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
573	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><3><4><7><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<8>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.135.; <6>B.150.; <7>B.157.	bezpłatny	0 zł
574	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909991364908	2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	882,00	952,56	1009,71	1009,71	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
575	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909991336349	<1><2><3><4><7><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<8>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.135.; <6>B.150.; <7>B.157.	bezpłatny	0 zł
576	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mg	1 fiol. proszku	08715131018139	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1126,98	1217,14	1290,17	1290,17	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
577	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2253,96	2434,28	2580,34	2580,34	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
578	Romozumabum	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg/ml	2 amp.-strz. 1,17 ml	05413787222025	2024-07-01	1 rok 9 miesięcy	1299.0, Romozumab	1830,00	1976,40	2094,98	2094,98	B.160.	bezpłatny	0 zł
579	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 100 mg	12 szt.	05909991458720	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropozę - roksadustat	1093,78	1181,28	1252,16	1252,16	B.37.	bezpłatny	0 zł
580	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 150 mg	12 szt.	05909991458737	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropozę - roksadustat	1640,68	1771,93	1878,25	1878,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
581	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 20 mg	12 szt.	05909991458690	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropozę - roksadustat	218,79	236,29	250,47	250,43	B.37.	bezpłatny	0 zł
582	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 50 mg	12 szt.	05909991458706	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropozę - roksadustat	546,89	590,64	626,08	626,08	B.37.	bezpłatny	0 zł
583	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 70 mg	12 szt.	05909991458713	2025-10-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropozę - roksadustat	765,63	826,88	876,50	876,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
584	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	04150152358903	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
585	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	04150152359153	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
586	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	04150152359214	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
587	Ruriococogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067125	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2400,00	2592,00	2747,52	2472,76	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
588	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	00642621067132	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4800,00	5184,00	5495,04	4945,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
589	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067101	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	600,00	648,00	686,88	618,19	B.15.	bezpłatny	0 zł
590	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	07038319157040	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7200,00	7776,00	8242,56	7418,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
591	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067118	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1200,00	1296,00	1373,76	1236,38	B.15.	bezpłatny	0 zł
592	Ruxolitinium	Jakavi, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991198282	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	9201,33	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
593	Ruxolitinium	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
594	Ruxolitinium	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
595	Ruxolitinium	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	6028,13	6510,38	6901,01	4600,67	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
596	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816	2025-10-01	2 lata	1265.0, Sacytuzumab govitekan	3530,00	3812,40	4041,14	4041,14	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
597	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322	2025-01-01	2 lata	1260.0, Satralizumab	30500,00	32940,00	34916,40	34916,40	B.138.FM.	bezpłatny	0 zł
598	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991203832	2026-01-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1180.0, Sekukinumab	3115,44	3364,68	3566,56	3566,56	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.; <6>B.161.	bezpłatny	0 zł
599	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421040130	2026-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1180.0, Sekukinumab	3115,44	3364,68	3566,56	3566,56	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.161.	bezpłatny	0 zł
600	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk.	07613421049416	2026-01-01	3 lata	1180.0, Sekukinumab	778,86	841,17	891,64	891,64	B.33.; B.47.	bezpłatny	0 zł
601	Selexipagum	Upravi, tabl. powl., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	62000,00	66960,00	69120,00	69120,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
602	Selexipagum	Upravi, tabl. powl., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	74400,00	80352,00	82512,00	82512,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
603	Selexipagum	Upravi, tabl. powl., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	86800,00	93744,00	95904,00	95904,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
604	Selexipagum	Upravi, tabl. powl., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	99200,00	107136,00	109296,00	109296,00	B.31.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
605	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	28933,33	31248,00	33122,88	33122,88	B.31.	bezpłatny	0 zł
606	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	12400,00	13392,00	14195,52	14195,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
607	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	24800,00	26784,00	28391,04	28391,04	B.31.	bezpłatny	0 zł
608	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	37200,00	40176,00	42336,00	42336,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
609	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	49600,00	53568,00	55728,00	55728,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
610	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529	2023-09-01	4 lata	1283.0, Selperkatynib	9991,81	10791,15	11438,63	11331,15	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
611	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536	2023-09-01	4 lata	1283.0, Selperkatynib	39967,22	43164,60	45324,60	45324,60	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
612	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	05000456070058	2026-01-01	2 lata	1295.0, Selumetytib	21495,34	23214,97	24607,86	24078,96	B.155.	bezpłatny	0 zł
613	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg	60 szt.	05000456070065	2026-01-01	2 lata	1295.0, Selumetytib	53738,34	58037,41	60197,41	60197,41	B.155.	bezpłatny	0 zł
614	Sildenafilili citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2026-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	50,00	54,00	57,24	57,24	B.31.	bezpłatny	0 zł
615	Sildenafilum	Granpidam, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05055565731932	2025-10-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	190,00	205,20	217,51	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
616	Sildenafilum	Remidia, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060610545	2025-07-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	90,00	97,20	103,03	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
617	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 but. po 112 ml	05909990967780	2025-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	827,20	893,38	946,98	64,11	B.31.	bezpłatny	0 zł
618	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991355715	2024-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	45,00	48,60	51,52	51,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
619	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. po 8 ml	05060146292276	2024-07-01	2 lata	1243.0, Siltuksymab	1837,53	1984,53	2103,60	2103,60	B.131.	bezpłatny	0 zł
620	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. po 30 ml	05060146292481	2024-07-01	2 lata	1243.0, Siltuksymab	7350,11	7938,12	8414,41	8414,40	B.131.	bezpłatny	0 zł
621	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2025-01-01	2 lata	1258.0, Siponimod	660,00	712,80	755,57	642,23	B.29.	bezpłatny	0 zł
622	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	07613421058906	2026-01-01	3 lata	1258.0, Siponimod	5236,00	5654,88	5994,17	5994,17	B.29.	bezpłatny	0 zł
623	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2025-01-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	7051,97	B.29.	bezpłatny	0 zł
624	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Eplclusa, tabl. powł., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuvir, velpataswir	32000,00	34560,00	36633,60	36633,60	B.71.	bezpłatny	0 zł
625	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2025-07-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuvir, velpataswir, woksylaprewir	42843,00	46270,44	48430,44	48430,44	B.71.	bezpłatny	0 zł
626	Somatrogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 24 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388037	2024-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	648,00	699,84	741,83	741,83	B.19.	bezpłatny	0 zł
627	Somatrogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 60 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388044	2024-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	1620,00	1749,60	1854,58	1854,58	B.19.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
628	Somatropinum	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887170	2025-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	4571,11	4936,80	5233,01	3846,53	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
629	Somatropinum	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887095	2025-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	2018,81	2180,31	2311,14	1698,88	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
630	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1>>2024-07-01/<2><3><4>2025-07-01/<5><6>2025-01-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
631	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1>>2024-07-01/<2><3><4>2025-07-01/<5><6>2025-01-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	1400,00	1512,00	1602,72	1602,72	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
632	Sotatercept	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp.-strzyk.	00191778024371	2026-01-01	2 lata	1350.0, Sotatercept	27451,44	29647,56	31426,41	31426,41	B.31.	bezpłatny	0 zł
633	Sotatercept	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	2 fiol.	00191778024395	2026-01-01	2 lata	1350.0, Sotatercept	54902,88	59295,11	61455,11	61455,11	B.31.	bezpłatny	0 zł
634	Sotatercept	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 60 mg	1 fiol.	00191778024388	2026-01-01	2 lata	1350.0, Sotatercept	36601,92	39530,07	41690,07	41690,07	B.31.	bezpłatny	0 zł
635	Sotatercept	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 60 mg	2 amp.-strzyk.	00191778024401	2026-01-01	2 lata	1350.0, Sotatercept	73203,84	79060,15	81220,15	81220,15	B.31.	bezpłatny	0 zł
636	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powł., 120 mg	240 szt.	08715131024895	2025-10-01	2 lata	1282.0, Sotorasib	29998,00	32397,84	34341,71	34341,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
637	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powł., 240 mg	120 szt.	08715131029081	2025-10-01	2 lata	1282.0, Sotorasib	29998,00	32397,84	34341,71	34341,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
638	Tafamidisum	VynDAQel, kaps. miękkie, 61 mg	30 szt.	05415062359426	2024-07-01	2 lata	1302.0, Tafamidis	30103,00	32511,24	34461,91	34461,91	B.162.	bezpłatny	0 zł
639	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694	2025-07-01	2 lata	1275.0, Tafasytamab	3048,00	3291,84	3489,35	3489,35	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
640	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,1 mg	30 szt.	05415062115466	2025-04-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	2112,94	2281,98	2418,90	1910,11	B.56.	bezpłatny	0 zł
641	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg	30 szt.	05415062348826	<1>>2025-01-01/<2>>2025-04-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	5282,36	5704,95	6047,24	4775,28	<1>B.9.FM.; <2>B.56.	bezpłatny	0 zł
642	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg	30 szt.	05415062348789	2025-01-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	16685,10	18019,91	19101,11	19101,11	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
643	Talquetamabum	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml	05413868122503	2025-04-01	2 lata	1325.0, Talquetamab	1447,50	1563,30	1657,10	1657,10	B.54.	bezpłatny	0 zł
644	Talquetamabum	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05413868122510	2025-04-01	2 lata	1325.0, Talquetamab	19300,00	20844,00	22094,64	22094,64	B.54.	bezpłatny	0 zł
645	Tebentafuspum	Kimtrak, koncentrat do sporządzenia roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036	2024-07-01	2 lata	1304.0, Tebentafusp	43074,00	46519,92	48679,92	48679,92	B.163.FM.	bezpłatny	0 zł
646	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 3 ml	05413868121575	2024-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	3700,00	3996,00	4235,76	4235,76	B.54.	bezpłatny	0 zł
647	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg/ml	1 fiol. 1,7 ml	05413868121582	2024-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	18870,00	20379,60	21602,38	21602,38	B.54.	bezpłatny	0 zł
648	Tenofovirus disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05909991379704	<1>2023-09-01/<2>2024-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	115,00	124,20	131,65	131,65	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
649	Tenofovirus disoproxilum	Tenofovir disoproxil Viatrix, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05902020926801	2025-07-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	455,00	491,40	520,88	131,65	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
650	Teriflunomidum	Aregalu, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	03838989753306	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
651	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2024-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2077,50	2243,70	2378,32	1144,80	B.29.	bezpłatny	0 zł
652	Teriflunomidum	Boxarid, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05997001335277	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
653	Teriflunomidum	Bozilos, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05995327186870	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
654	Teriflunomidum	Clefirem, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05397313000182	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
655	Teriflunomidum	Terebyo, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	07613421163334	2026-01-01	3 lata	1159.0, Teryflunomid	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	B.29.	bezpłatny	0 zł
656	Teriflunomidum	Teriflunomid Adamed, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05900411011495	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
657	Teriflunomidum	Teriflunomide +pharma, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991516994	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	800,00	864,00	915,84	915,84	B.29.	bezpłatny	0 zł
658	Teriflunomidum	Teriflunomide Accord, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05055565791189	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
659	Teriflunomidum	Teriflunomide Aurovitas, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05907394784057	2026-01-01	3 lata	1159.0, Teryflunomid	775,00	837,00	887,22	887,22	B.29.	bezpłatny	0 zł
660	Teriflunomidum	Teriflunomide Glenmark, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991527778	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
661	Teriflunomidum	Teriflunomide MSN, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991517175	2025-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
662	Teriflunomidum	Teriflunomide Neuraxpharm, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991537340	2025-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	780,00	842,40	892,94	892,94	B.29.	bezpłatny	0 zł
663	Teriflunomidum	Teriflunomide Zentiva, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991515188	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
664	Teriflunomidum	Tifay, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991526085	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
665	Teriflunomidum	Tifay, tabl. powł., 14 mg	84 szt.	05909991526092	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2430,00	2624,40	2781,86	2781,86	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
666	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg	1 amp.-strzyk. 1,91 ml	05000456076166	2024-04-01	2 lata	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
667	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 210 mg	1 wstrz. po 1,91 ml	05000456075725	2024-10-01	2 lata	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
668	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 ⁶ – 6 x 10 ⁸ komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2024-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1226.0, Tisagenlecleucel	1272000,00	1373760,00	1375920,00	1375920,00	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
669	Tislelizumabum	Tevimbra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. 10 ml	08720598340280	2026-01-01	2 lata	1349.0, Tislelizumab	9900,00	10692,00	11333,52	11333,52	B.6.; B.58.	bezpłatny	0 zł
670	Tobramycynum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2025-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycynum	5590,00	6037,20	6399,43	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
671	Tobramycynum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2024-04-01	3 lata	1081.0, Tobramycynum	4300,00	4644,00	4922,64	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
672	Tobramycynum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2025-01-01	3 lata	1081.0, Tobramycynum	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
673	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	05902768001075	2026-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1106.0, Tocilizumab	2730,00	2948,40	3125,30	2328,98	<1>B.33.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
674	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	975,00	1053,00	1116,18	718,82	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.135.	bezpłatny	0 zł
675	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	1950,00	2106,00	2232,36	1437,64	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.135.	bezpłatny	0 zł
676	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	<1><2>2025-01-01/<3>2025-10-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	390,00	421,20	446,47	287,53	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.135.	bezpłatny	0 zł
677	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	04052682073373	<1>2024-04-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>6 miesięcy	1106.0, Tocilizumab	2034,40	2197,15	2328,98	2328,98	<1>B.33.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
678	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 wstrzyk.	04052682073397	<1>2024-04-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>6 miesięcy	1106.0, Tocilizumab	2034,40	2197,15	2328,98	2328,98	<1>B.33.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
679	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	04052682073342	2026-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	731,25	789,75	837,14	718,82	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
680	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	04052682073366	2026-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	1462,50	1579,50	1674,27	1437,64	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
681	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	04052682073328	2026-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	292,00	315,36	334,28	287,53	B.33.; B.75.; B.135.	bezpłatny	0 zł
682	Tofacitinibum	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml	240 ml	05415062388723	2024-10-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2503,00	2703,24	2865,43	2404,08	B.33.	bezpłatny	0 zł
683	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2024-10-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	5300,00	5724,00	6067,44	5609,52	B.55.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
684	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1><2><4>2024-10-01/<3>2025-07-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2450,00	2646,00	2804,76	2804,76	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.55.	bezpłatny	0 zł
685	Tofersenium	Qalsody 100 mg roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. 15 ml	05713219588287	2025-10-01	2 lata	1340.0, Tofersen	85872,43	92742,22	94902,22	94902,22	B.176.	bezpłatny	0 zł
686	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolvaptan	2254,00	2434,32	2580,38	2580,38	B.126.	bezpłatny	0 zł
687	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolvaptan	3381,00	3651,48	3870,57	3870,57	B.126.	bezpłatny	0 zł
688	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2026-01-01	3 lata	1232.0, Tolvaptan	4508,00	4868,64	5160,76	5160,76	B.126.	bezpłatny	0 zł
689	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A	1 fiol.	05909990674817	<1><2>2025-07-01/<3>2024-10-01/<4>2025-10-01/<5>2024-07-01	<1><3><4>3 lata/<2><5>2 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	559,00	603,72	639,94	639,94	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.; <5>B.133.	bezpłatny	0 zł
690	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	<1><2>2025-01-01/<3>2026-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	598,21	646,07	684,83	684,83	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
691	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	<1><2>2025-01-01/<3>2026-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	997,02	1076,78	1141,39	1141,38	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
692	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	3 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	567,01	612,37	649,11	649,11	<1>B.28.; <2>B.57.	bezpłatny	0 zł
693	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg	4 amp.-strzyk. 1 ml	03400930230268	2026-01-01	6 miesięcy	1290.0, Tralokinumab	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.124.	bezpłatny	0 zł
694	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	2 wstrzyk. 2 ml	03400930276136	2025-01-01	1 rok 6 miesięcy	1290.0, Tralokinumab	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.124.	bezpłatny	0 zł
695	Trametiniubum	Mekinist, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2025-07-01	2 lata	1157.0, Trametytib	3976,21	4294,31	4551,96	4551,96	B.59.	bezpłatny	0 zł
696	Trametiniubum	Mekinist, tabl. powł., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2025-07-01	2 lata	1157.0, Trametytib	15904,84	17177,23	18207,86	18207,84	B.59.	bezpłatny	0 zł
697	Trametiniubum	Spexotras, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,05 mg/ml	1 but.	09088885532749	2025-10-01	2 lata	1157.1, Trametytib-2	1245,88	1345,55	1426,28	1426,28	B.177.	bezpłatny	0 zł
698	Trastuzumab deruxtecan	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	04260161043629	<1>2025-07-01/<2>2025-10-01	2 lata	1082.2, Trastuzumab derukstekan	7501,70	8101,84	8587,94	8587,94	<1>B.9.FM.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
699	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg/5 ml	1 fiol. po 5 ml	05902768001037	2025-10-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	6412,00	6924,96	7340,46	2813,53	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
700	Trastuzumabum + Pertuzumabum	Phesgo, roztwór do wstrzykiwań, 600 + 1200 mg	1 fiol. 15 ml	07613326036023	2025-10-01	2 lata	1147.0, Pertuzumab	27600,00	29808,00	31596,48	29025,60	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
701	Trastuzumabum + Pertuzumabum	Phesgo, roztwór do wstrzykiwań, 600 + 600 mg	1 fiol. 10 ml	07613326036191	2025-10-01	2 lata	1147.0, Pertuzumab	18400,00	19872,00	21064,32	14512,80	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
702	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2026-01-01	3 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	5389,50	5820,66	6169,90	6169,90	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
703	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2026-01-01	3 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	8623,50	9313,38	9872,18	9871,84	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
704	Tremelimumabum	Imjudo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 1,25 ml	05000456037105	2026-01-01	2 lata	1324.0, Tremelimumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.6.	bezpłatny	0 zł
705	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.31.	bezpłatny	0 zł
706	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
707	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
708	Treprostinilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2026-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	B.31.	bezpłatny	0 zł
709	Treprostinilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2026-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
710	Treprostinilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2026-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
711	Treprostinilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2026-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
712	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 20 ml	05909990046874	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	42000,00	45360,00	47520,00	47520,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
713	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powł., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2025-10-01	1 rok 9 miesięcy	1229.0, Trientyna	11295,00	12198,60	12930,52	12930,52	B.123.	bezpłatny	0 zł
714	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2120,98	2290,66	2428,10	2428,10	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
715	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6362,93	6871,96	7284,29	7284,29	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
716	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2827,97	3054,21	3237,46	3237,46	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
717	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	<1>2025-01-01/<2>2025-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	8483,90	9162,61	9712,36	9712,36	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
718	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 fiol. + 1 amp. po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2025-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	248,90	268,81	284,94	284,94	B.18.	bezpłatny	0 zł
719	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 150 mg	84 szt.	05415062124734	2025-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	17950,00	19386,00	20549,16	20549,16	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
720	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 50 mg	88 szt.	05415062124741	2025-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	6268,00	6769,44	7175,61	7175,61	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
721	Tyldrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 amp-strzyk.	08430308131700	2026-01-01	2 lata	1233.0, Tyldrakizumab	10800,00	11664,00	12363,84	12363,84	B.47.	bezpłatny	0 zł
722	Ublituximabum	Briumvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. 6 ml	08436027472384	2025-10-01	2 lata	1332.0, Ublituxymab	9300,00	10044,00	10646,64	10646,64	B.29.	bezpłatny	0 zł
723	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedl. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><5><6>2024-04-01/<2><3><4>2024-07-01/<7>2025-01-01	2 lata	1244.0, Upadacytinib	2846,48	3074,20	3258,65	3258,65	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.55.; <6>B.82.; <7>B.124.	bezpłatny	0 zł
724	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedl. uwalnianiu, 30 mg	28 szt.	08054083022994	<1><2>2024-04-01/<3>2025-01-01	2 lata	1244.0, Upadacytinib	5692,96	6148,40	6517,30	6517,30	<1>B.32.; <2>B.55.; <3>B.124.	bezpłatny	0 zł
725	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedl. uwalnianiu, 45 mg	28 szt.	08054083024189	2024-04-01	2 lata	1244.0, Upadacytinib	9282,00	10024,56	10626,03	9775,95	<1>B.32.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
726	Ustekinumabum	Imuldosa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (26ml)	05055565796931	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12820,15	13845,76	14676,51	14676,51	B.32.	bezpłatny	0 zł
727	Ustekinumabum	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	05055565796917	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	4437,74	4792,76	5080,32	5080,32	B.47.	bezpłatny	0 zł
728	Ustekinumabum	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	05055565796924	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
729	Ustekinumabum	Otulfi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (26 ml)	04052682080432	2025-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	10256,10	11076,59	11741,19	11741,19	B.32.	bezpłatny	0 zł
730	Ustekinumabum	Otulfi, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	04052682080401	2025-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	3550,19	3834,21	4064,26	4064,26	B.47.	bezpłatny	0 zł
731	Ustekinumabum	Otulfi, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	04052682080425	2025-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	7100,38	7668,41	8128,51	8128,51	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
732	Ustekinumabum	Pyzchiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	08809593173106	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12820,17	13845,78	14676,53	14676,51	B.32.	bezpłatny	0 zł
733	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	08809593173120	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	6921,86	7475,61	7924,14	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
734	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 wstrzykiwacz	08809593173496	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	4437,74	4792,76	5080,32	5080,32	B.47.	bezpłatny	0 zł
735	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	08809593173113	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
736	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 wstrzykiwacz	08809593173502	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
737	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	17093,56	18461,04	19568,70	14676,51	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
738	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strzyk.	05909997077505	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	9229,14	9967,47	10565,52	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
739	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,66	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
740	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg	1 wstrz.	05413868122589	2026-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,66	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
741	Ustekinumabum	Steqeyma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05996537031066	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	10256,10	11076,59	11741,19	11741,19	B.32.	bezpłatny	0 zł
742	Ustekinumabum	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	05996537024075	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	3550,19	3834,21	4064,26	4064,26	B.47.	bezpłatny	0 zł
743	Ustekinumabum	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	05996537023078	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	7100,39	7668,42	8128,52	8128,52	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
744	Ustekinumabum	Uzpruvo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (26 ml)	04011548046425	2025-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	10256,10	11076,59	11741,19	11741,19	B.32.	bezpłatny	0 zł
745	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	04011548045800	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	6200,00	6696,00	7097,76	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
746	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	04011548045817	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,50	9585,54	10160,67	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
747	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2025-01-01	3 lata	1202.0, Vandetanib	4507,50	4868,10	5160,19	4713,71	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
748	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2025-01-01	3 lata	1202.0, Vandetanib	12352,50	13340,70	14141,14	14141,14	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
749	Vedolizumabum	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml	2 wstrzyk. po 0,68 ml	07038319122857	2025-04-01	2 lata	1176.0, Vedolizumab	2109,92	2278,71	2415,44	2415,44	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
750	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	2025-04-01	2 lata	1176.0, Vedolizumab	4219,84	4557,43	4830,87	4830,87	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
751	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol. proszku	05909990816774	2025-07-01	2 lata	1123.0, Velaglucerasum alfa	4470,00	4827,60	5117,26	5117,26	B.23.	bezpłatny	0 zł
752	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2025-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	4695,75	5071,41	5375,70	5375,70	B.59.	bezpłatny	0 zł
753	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	239,13	258,26	273,76	273,76	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
754	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	19130,40	20660,83	21900,48	21900,48	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
755	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	2391,30	2582,60	2737,56	2737,56	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
756	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	1195,65	1291,30	1368,78	1368,78	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
757	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2026-01-01/<2>2024-10-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2>2 lata	1186.0, Venetoclax	597,83	645,66	684,40	684,40	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
758	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2023-07-01	3 lata	1155.0, Wismodegib	11996,25	12955,95	13733,31	13733,31	B.88.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
759	Voretigene neparvoec	Luxtuma, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5 x 10 ¹² genomów wektora/ml	1 fiol. 0,5 ml koncentratu + 2 fiol. 1,7 ml rozpuszczalnika	07613421040529	2025-01-01	2 lata	1320.0, Woretygen neparwovek	1400156,73	1512169,27	1514329,27	1514329,27	B.167.	bezpłatny	0 zł
760	Vosoritidum	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,4 mg	10 fiol. proszku + 10 amp.-strzyk. 0,5 ml rozp. + 10 igieł + 10 strzyk.	05391524462890	2025-01-01	2 lata	1318.0, Vosorytyd	20117,98	21727,42	23031,06	23031,06	B.166.	bezpłatny	0 zł
761	Vosoritidum	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,56 mg	10 fiol. proszku + 10 amp.-strzyk. 0,7 ml rozp. + 10 igieł + 10 strzyk.	05391524462906	2025-01-01	2 lata	1318.0, Vosorytyd	20117,98	21727,42	23031,06	23031,06	B.166.	bezpłatny	0 zł
762	Vosoritidum	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1,2 mg	10 fiol. proszku + 10 amp.-strzyk. 0,6 ml rozp. + 10 igieł + 10 strzyk.	05391524462913	2025-01-01	2 lata	1318.0, Vosorytyd	20117,98	21727,42	23031,06	23031,06	B.166.	bezpłatny	0 zł
763	Vutrisiran	Amvuttra, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/0,5 ml	1 amp-strzyk po 0,5 ml	04150181110077	2025-04-01	2 lata	1323.0, Vutrisiran	281697,90	304233,73	306393,73	306393,73	B.170.	bezpłatny	0 zł
764	Zanubrutinibum	Brukinsa, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	08720598340389	2026-01-01	2 lata	1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib	21455,00	23171,40	24561,68	24561,68	B.12.FM.; B.79.; B.146.	bezpłatny	0 zł
765	Zanubrutinibum	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg	120 szt.	08720598340112	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01/<3>2025-07-01	2 lata	1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib	21455,00	23171,40	24561,68	24561,68	<1>B.12.FM.; <2>B.79.; <3>B.146.	bezpłatny	0 zł

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B (ICD-10: B18.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy w wieku powyżej 3 lat, chorzy na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B, charakteryzujący się obecnością HBV DNA w surowicy oraz antygenu HBs przez czas dłuższy niż 6 miesięcy oraz spełniający poniższe kryteria:</p> <p>1) poziom wirerii HBV DNA powyżej 2000 IU/mL oraz</p> <p>2) potwierdzenie aktywnego zapalenia wątroby w postaci aktywności AIAT przekraczającej górną granicę normy w co najmniej trzech oznaczeniach wykonanych w okresie nie krótszym niż trzy miesiące i nie dłuższym niż 12 miesięcy</p> <p>lub</p> <p>3) zmiany histologiczne w wątrobie potwierdzające rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby</p> <p>lub</p> <p>4) sztywność tkanki wątrobowej wskazująca na znaczące włóknienie (>7,0 kPa) w badaniu elastograficznym wątroby.</p> <p>1.2. Do programu są kwalifikowani przy stwierdzeniu wirerii HBV DNA (niezależnie od jego poziomu):</p>	<p>1. Interferon</p> <p>Interferon pegylowany alfa-2a:</p> <p>a) 90 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,</p> <p>b) 135 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,</p> <p>c) 180 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań;</p> <p>Interferon dawkuje się zgodnie z zaleceniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego. Redukcja dawki możliwa jest zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Czas leczenia interferonem nie może przekroczyć 48 tygodni.</p> <p>2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydydowe</p> <p>1) lamiwudyna:</p> <p>a) tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka;</p> <p>2) entekawir:</p> <p>a) tabletki po 0,5 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio nieleczonych</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonem i analogami nukleozydów lub nukleotydydów</p> <p>1) poziom wirerii HBV DNA;</p> <p>2) oznaczenie antygenu HBs;</p> <p>3) oznaczenie antygenu HBe;</p> <p>4) oznaczenie przeciwciał anti-HBe;</p> <p>5) oznaczenie przeciwciał anti-HCV;</p> <p>6) oznaczenie przeciwciał anti-HIV;</p> <p>7) morfologia krwi;</p> <p>8) oznaczenie poziomu ALT;</p> <p>9) proteinogram;</p> <p>10) czas lub wskaźnik protrombinowy;</p> <p>11) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny;</p> <p>12) USG jamy brzusznej;</p> <p>13) biopsja wątroby – w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji;</p> <p>14) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>Przy kwalifikacji do leczenia interferonem dodatkowo:</p> <p>1) oznaczenie poziomu glukozy;</p>

<p>1) świadczeniobiorcy z marskością wątroby (świadczeniobiorcy z niewyrównaną marskością wątroby są leczeni w trybie pilnym);</p> <p>2) świadczeniobiorcy oczekujący na przeszczep wątroby;</p> <p>3) świadczeniobiorcy z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosupresyjną, w tym biologiczną, lub chemioterapią przeciwnowotworową;</p> <p>4) świadczeniobiorcy, u których rozpoczyna się planowane leczenie zakażenia HCV.</p> <p>1.3. Do programu mogą zostać zakwalifikowane kobiety w trzecim trymestrze ciąży z wiremią HBV DNA powyżej 200 000 IU/ml, jeśli lekarz uzna to za zasadne.</p> <p>2. Leczenie</p> <p>2.1. U pacjentów dotychczas nieleczonych stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo analog nukleozydowy - entekawir lub nukleozydowy - tenofovir.</p> <p>2.2. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) niewyrównana marskość wątroby; 2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa; 3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna; 4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1); 5) niewyrównana nadczynność tarczycy; 6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej); 7) padaczka (po konsultacji neurologicznej); 	<p>analogami nukleozydowymi lub nukleotydomi,</p> <p>b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletką u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydomi;</p> <p>3) tenofovir:</p> <p>a) tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletką.</p> <p>W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego.</p>	<p>2) oznaczenie przeciwciał;</p> <p>3) oznaczenie poziomu TSH;</p> <p>4) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia interferonem</p> <p>1) w dniu rozpoczęcia terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT, c) czas lub wskaźnik protrombinowy, d) oznaczenie stężenia kreatyniny, e) oznaczenie poziomu AFP, f) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; <p>2) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT; <p>3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>4) w 12 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) poziom wiremii HBV DNA, b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; <p>5) w 24, 48 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anti-HBe, d) poziom wiremii HBV DNA; <p>6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie poziomu TSH, b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3;
--	---	--

- 8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;
- 9) ciąża lub karmienie piersią;
- 10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej);
- 11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej);
- 12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego.

2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku:

- 1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wirerii HBV DNA o co najmniej 1 log₁₀;
- 2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą;
- 3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem.

2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir.

2.5. Lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru lub tenofowiru.

2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydomi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wirerii HBV DNA co najmniej o 1 log₁₀.

- 7) w 48 tygodniu:
 - a) proteinogram,
 - b) czas lub wskaźnik protrombinowy,
 - c) oznaczenie poziomu AFP,
 - d) USG jamy brzusznej.

3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydomi

- 1) w dniu rozpoczęcia terapii:
 - a) morfologia krwi,
 - b) oznaczenie poziomu ALT,
 - c) czas lub wskaźnik protrombinowy,
 - d) oznaczenie stężenia kreatyniny,
 - e) oznaczenie poziomu AFP;
- 2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu:
 - a) oznaczenie stężenia kreatyniny,
 - b) morfologia krwi,
 - c) oznaczenie poziomu ALT;
- 3) w 12 tygodniu - poziom wirerii HBV DNA;
- 4) w 24 i następnie co 24 tygodnie:
 - a) oznaczenie antygenu HBsAg,
 - b) oznaczenie antygenu HBeAg,
 - c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,
 - d) poziom wirerii HBV DNA,
 - e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu;
- 5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni:
 - a) czas lub wskaźnik protrombinowy,

2.7. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydom może być kontynuowane do 24 tygodnia, do ponownej oceny skuteczności. W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia.

2.8. Po 24 tygodniach terapii należy ponownie ocenić skuteczność terapii poprzez ilościowe oznaczenie poziomu wirerii HBV DNA. W wypadku niewykrywalnego HBV DNA leczenie należy kontynuować do osiągnięcia punktu końcowego leczenia. W innym wypadku należy rozważyć zmianę leku po uzyskaniu wyniku wirogramu i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia, stosując monoterapię jednym z leków opisanym w programie.

2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wirerii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem.

3. Określenie czasu leczenia w programie

3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu:

- 1) serokonwersji w układzie "s" lub
- 2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesiące.

3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.

- b) proteinogram,
- c) oznaczenie poziomu AFP,
- d) USG jamy brzusznej.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO (ICD-10: C18 – C20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie systemowe pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego (RJG) substancjami:</p> <p>I. w zakresie chemioterapii i leczenia celowanego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>triflurydyna z typiracylem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem</i>; 2) <i>frukwintynib</i>; <p>II. w zakresie immunoterapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>pembrolizumab</i>; 2) <i>niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</i>. <p>W leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego stosowane są:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>pembrolizumab</i> w monoterapii w pierwszej linii leczenia systemowego pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR). Pembrolizumab nie może być zastosowany jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG. 2) <i>niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> w drugiej albo kolejnych liniach leczenia systemowego pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. pembrolizumab</p> <p>Zalecana dawka <i>pembrolizumabu</i> wynosi 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Jeżeli przerwano stosowanie <i>pembrolizumabu</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.</p> <p>1.2. niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</p> <p>Leczenie składa się z fazy indukującej oraz fazy podtrzymującej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w fazie indukującej (leczenie skojarzone) zlecane dawkowanie wynosi: <i>niwolumab</i> w dawce 3 mg/kg masy ciała w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> w dawce 1 mg/kg masy ciała co 3 tygodnie w przypadku pierwszych 4 dawek; 2) w fazie podtrzymującej (monoterapia) zalecana dawka <i>niwolumabu</i> wynosi 240 mg co 2 tygodnie. 	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR) - dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT) oraz INR lub czasu protrombinowego (PT) – dla <i>triflurydyny</i> z <i>typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> oraz <i>frukwintynibu</i>; 9) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>; 10) elektrokardiogram (EKG);

<p>uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR), u których stwierdzono nieskuteczność lub nieakceptowalną toksyczność wcześniejszej chemioterapii co najmniej dwulekowej zawierającej <i>fluoropirymidynę</i> w skojarzeniu z <i>oksaliplatyną</i> lub <i>irynotekaniem</i>. <i>Niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> nie mogą być zastosowane jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG.</p> <p>3) <i>triflurydyna z typiracylem w drugiej albo kolejnych liniach chemioterapii</i> po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na <i>fluoropirymidynie</i>, <i>oksaliplatynie</i> i <i>irynotekanie</i>, lekach anti-VEGF lub anti-EGFR lub w przypadku udokumentowanego klinicznie braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej <i>triflurydną z typiracylem</i> z powodu RJG. <i>Triflurydyna z typiracylem</i> może być zastosowana w monoterapii albo w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>.</p> <p>4) <i>frukwintynib w monoterapii w trzeciej albo kolejnych liniach chemioterapii</i> po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na <i>fluoropirymidynie</i>, <i>oksaliplatynie</i> i <i>irynotekanie</i>, lekach anti-VEGF, lekach anti-EGFR oraz <i>triflurydynie z typiracylem</i> (w monoterapii albo w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>) lub <i>regorafenibie</i> lub w przypadku braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka jelita grubego</p>	<p>W fazie monoterapii, pierwszą dawkę <i>niwolumabu</i> należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce <i>niwolumabu</i> stosowanego w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>.</p> <p>Jeżeli przerwano stosowanie <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> lub <i>niwolumabu</i> w monoterapii w fazie podtrzymującej np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.</p> <p>1.3. triflurydyna z typiracylem</p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>triflurydyny z typiracylem</i> to 35 mg/m² powierzchni ciała podawana dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z ChPL. Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg.</p> <p>Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę.</p> <p>Jeśli dawki pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek.</p> <p>Jeżeli przerwano stosowanie <i>triflurydyny z typiracylem</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnego cyklu nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p>Gdy <i>triflurydyna z typiracylem</i> jest stosowana w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>, dawka</p>	<p>11) pomiar ciśnienia tętniczego – dla <i>triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> oraz <i>frukwintynibu</i>;</p> <p>12) badanie ogólne moczu – dla <i>triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> oraz <i>frukwintynibu</i>;</p> <p>13) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>14) badanie TK jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej; inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej;</p> <p>15) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej (u chorych, u których możliwa jest na tej podstawie ocena odpowiedzi wg RECIST);</p> <p>16) badanie TK lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych, w celu wykluczenia przerzutów;</p> <p>17) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>6) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>;</p> <p>7) elektrokardiogram (EKG) – dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>;</p>
---	---	--

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy).</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego; 3) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania); 4) niemożliwe radykalne leczenie miejscowe; 5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 6) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 11) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. 	<p><i>bewacyzumabu</i> wynosi 5 mg/kg mc., podawana raz na 2 tygodnie (dzień 1. i 15. cyklu powtarzanego w rytmie 28 dni).</p> <p>1.4. frukwintynib</p> <p>Zalecana dawka <i>frukwintynibu</i> wynosi 5 mg (jedna kapsułka 5 mg) raz na dobę przyjmowana w przybliżeniu o tej samej porze codziennie przez 21 kolejnych dni, po których następuje 7-dniowy okres przerwy, co stanowi kompletny cykl trwający 28 dni.</p> <p>Jeżeli przerwano stosowanie <i>frukwintynibu</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnego cyklu nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p>2. Modyfikacje dawkowania</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8) pomiar ciśnienia tętniczego – dla <i>triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem i frukwintynibem</i>; 9) badanie ogólne moczu – dla <i>triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem i frukwintynibem</i>. <p>W przypadku leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>pembrolizumabem</i> oraz <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> powyższe badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni; 2) <i>triflurydyną z typiracylem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> oraz <i>frukwintynibem</i> powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia. <p>Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: badanie TK odpowiednich obszarów ciała (ewentualnie RTG klatki piersiowej) lub inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w przypadku <i>pembrolizumabu</i>, <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>, <i>triflurydyny z typiracylem</i> w monoterapii lub
---	--	---

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. pembrolizumabem, niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem

- 1) potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR);
- 2) brak leczenia glikokortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca;
- 3) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego.

2. Określenie czasu leczenia

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby w trakcie leczenia oceniona na podstawie aktualnych kryteriów klasyfikacji RECIST. W przypadku terapii *pembrolizumabem* albo *niwolumabem* z *ipilimumabem*, w sytuacji wątpliwej klinicznie możliwe jest kontynuowanie

w skojarzeniu z *bewacyzumabem* oraz *frukwintynibu*, nie rzadziej niż co 12 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunąć w realizowaniu leczenia.

Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 1) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej)

<p>leczenia aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tyg.;</p> <ol style="list-style-type: none">2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;4) obniżenie sprawności o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów ECOG;5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;7) okres ciąży lub karmienia piersią;8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	--

LECZENIE CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10: C22.0) LUB RAKA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH (ICD-10: C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10: C22.0)		
<p>W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>atezolizumab</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>, 2) <i>kabozantynib</i>. <p>W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> pacjentów, u których niestosowano w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego. <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie <i>kabozantynibem</i> (po uprzednim nieskutecznym leczeniu inhibitorami kinaz tyrozynowych lub immunoterapią w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym lub jego nietolerancją pod warunkiem ustąpienia istotnych klinicznie działań niepożądanych stosowanej wcześniej terapii). <p>Leczenie raka wątrobowokomórkowego w programie obejmuje:</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. kabozantynib</p> <p>Dobowa dawka <i>kabozantynibu</i>: 60 mg (codziennie).</p> <p>Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia.</p> <p>1.2. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem</p> <p>Dawka <i>atezolizumabu</i>: 1 200 mg.</p> <p>Dawka <i>bewacyzumabu</i>: 15 mg/kg masy ciała podawanego dożylnie.</p> <p>Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego 3 tygodnie.</p> <p>W przypadku, kiedy podawanie jednego z leków musi zostać zakończone z powodu objawów niepożądanych, można kontynuować leczenie drugim z leków w monoterapii.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej wielofazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby); 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny, wapnia, fosfatazy alkalicznej, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy; 5) oznaczanie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HBc total. W przypadku obu pozytywnych wyników konieczna jest konsultacja u lekarza posiadającego dostęp do programu leczenia przeciwvirusowego - dotyczy terapii <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 6) oznaczenie fT4 i TSH - dotyczy terapii <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 7) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żyłaków przełyku, jeżeli badanie nie było

<p>1) leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantyni bem) albo</p> <p>2) immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy rak wątrobowokomórkowy. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i ze zmianami o średnicy ≥ 1 cm możliwe jest odstępianie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w wielofazowej tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylniej wrotnej lub opóźnionej (zmiana hipodensyjna); 3) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność; 4) stan sprawności 0-1 według ECOG; 5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh; 6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do oceny, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne 	<p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem, b) 6 tygodni w przypadku leczenia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem. <p>Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 6 tygodni dla atezolizumabu w skojarzeniu z bewacyzumabem i 8 tygodni dla kabozantynibu pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p>	<p>wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia w programie lekowym – dotyczy terapii <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>;</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego; 9) tomografia komputerowa klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jamy brzusznej i miednicy; 10) EKG; 11) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) pomiar ciśnienia tętniczego; 13) inne badania w razie wskazań klinicznych. <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. kabozantynib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, d) pomiar ciśnienia tętniczego, e) inne - w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,
--	--	--

Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka wątrobowokomórkowego;

- 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków;
- 10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;
- 11) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE;

c) EKG,

d) inne badania – w razie wskazań klinicznych;

3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

- a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,
- b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,
- c) EKG.

2.2. atezolizumabe w skojarzeniu z bewacyzumabem

1) co 3 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane:

- a) morfologia krwi z rozmazem,
- b) oznaczenie AspAT, AlAT, bilirubiny całkowitej,
- c) oznaczenie glukozy,
- d) pomiar ciśnienia tętniczego,
- e) inne badania- w razie wskazań klinicznych;

2) nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane; w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni:

- a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,
- b) oznaczenie fT4 i TSH,
- c) inne badania – w razie wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub

- 4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2.);
- 5) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 2-4 według kryteriów ECOG;
- 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;
- 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 8) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

rezonans odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- czas całkowitego przeżycia (OS) i czas przeżycia wolnego od progresji (PFS).

3.1. kabozantynib

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane.

3.2. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane, a w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni.

4. Monitorowanie programu

		<ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA DRÓG ŻÓLCIOWYCH (ICD-10: C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9)		
<p>W programie finansuje się leczenie dorosłych pacjentów z zaawansowanym rakiem dróg żółciowych substancją:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>durwalumab</i>. <p>Leczenie zaawansowanego raka dróg żółciowych obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie <i>durwalumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą <i>gemcytabinę</i> i <i>cisplatynę</i> dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem dróg żółciowych. <p>Do leczenia <i>durwalumabem</i> kwalifikowani są pacjenci niepoddani wcześniej leczeniu systemowemu z powodu zaawansowanego raka dróg żółciowych. Do leczenia <i>durwalumabem</i> kwalifikowani są również pacjenci, u których</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>durwalumabu</i> wynosi 1 500 mg podawana w 1. dniu cyklu w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i> w dawce 1 000 mg/m² powierzchni ciała (p.c.) i <i>cisplatyną</i> w dawce 25 mg/ m² p.c. podawanymi w 1. i 8. dniu cyklu.</p> <p>Cykle leczenia podawane są co 21 dni (3 tygodnie).</p> <p>Należy podać 8, tj. maksymalną liczbę 21-dniowych cykli chemioterapii <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i>. Wcześniejsze zakończenie chemioterapii może mieć miejsce po wystąpieniu nieakceptowalnej toksyczności.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie gruczolakoraka dróg żółciowych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 9) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny klatki piersiowej, jamy brzusznej (RTG klatki piersiowej tylko

<p>doszło do nawrotu choroby po uprzednim leczeniu chirurgicznym z intencją radykalną (niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej).</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy gruczolakorak dróg żółciowych; 2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 3) wiek 18 lat i powyżej; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 8) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 9) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne kwalifikowanie chorych po wcześniejszym radykalnym wycięciu przerzutów lub przeprowadzeniu radioterapii stereotaktycznej z nieobecnością zmian w badaniach obrazowych i stanem bezobjawowym); 	<p>Zalecana dawka <i>durwalumabu</i> stosowanego w monoterapii po zakończeniu podawania chemioterapii wynosi 1 500 mg co 4 tygodnie.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.</p>	<p>wtedy, gdy możliwe jest monitorowanie w taki sposób zmian w płucach zgodnie z RECIST), inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych;</p> <ol style="list-style-type: none"> 10) elektrokardiografia (EKG); 11) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych. <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. <i>durwalumab</i> w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i> i <i>cisplatyną</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przed każdym podaniem <i>gemcytabiny</i> i <i>cisplatyny</i>: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 2) co 12 tygodni: <ol style="list-style-type: none"> f) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; g) elektrokardiografia (EKG); 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. <p>2.2. <i>durwalumab</i> w monoterapii badania od a) do g) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni oraz inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Ponadto, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.</p>
---	--	--

10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;

11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;

12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni *durwalumabem* w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;

2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub rezonans odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 3 miesiące.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- czas całkowitego przeżycia (OS) i czas przeżycia wolnego od progresji (PFS).

4. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji

<p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).</p>
---	--	---

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PŁUCA (ICD-10: C34) ORAZ MIĘDZYBŁONIAKA OPŁUCNEJ (ICD-10: C45)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie EGFR</p> <p>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:</p> <p>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,</p> <p>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,</p> <p>c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified</i> – NOS);</p> <p>2) obecność mutacji aktywującej w genie EGFR z delecją w eksonie 19. lub substytucją w eksonie 21. potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>3) zaawansowanie kliniczne w stopniu III – chorzy po radykalnej chemioradioterapii jednoczesnej z zastosowaniem pochodnych platyny. Do programu kwalifikują się także chorzy poddani sekwencyjnej chemioradioterapii w dawkach radykalnych, u których odstąpiono od stosowania jednoczesnej chemioradioterapii z uzasadnionych klinicznie powodów zgodnych z wytycznymi postępowania diagnostyczno-terapeutycznego PTOK (udokumentowane wykluczenie obecności</p>	<p>1. Dawkowanie leków w programie</p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych;</p> <p>2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów <i>EGFR</i>, lub <i>ALK</i> lub <i>ROS1</i> lub <i>KRAS</i>) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD-L1) zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych (u wszystkich pacjentów w przypadku stosowania immunoterapii przed, po oraz przed i po radykalnej resekcji chirurgicznej u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca);</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;</p> <p>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p>

przeciwwskazań do chemioterapii, udokumentowane potwierdzenie możliwości pierwotnego przeprowadzenia radykalnej radioterapii);

- 4) nieobecność progresji choroby po chemioradioterapii – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii; stosowanie ozymertynibu musi być rozpoczynane nie później niż po 6 tygodniach od zakończenia radioterapii);
- 5) wiek powyżej 18 roku życia;
- 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 7) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 8) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;
- 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją aktywującą w genie *EGFR* do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo ozymertynibu (ozymertynib stosowany w monoterapii lub skojarzeniu z chemioterapią według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksed)

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:
 - a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,
 - b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,

- 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;
- 9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1;
- 10) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu;
- 11) elektrokardiografia (EKG);
- 12) badanie pozytonowej tomografii emisyjnej (w przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu albo okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem);
- 13) badanie MR lub TK ośrodkowego układu nerwowego (w przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu albo okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem albo w przypadku leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym alektynibem);
- 14) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;
- 15) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.

Badania obrazowe z punktów nr 12 i 13 – powinny być wykonane przed zakwalifikowaniem pacjenta do leczenia chirurgicznego.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenia stężenia kreatyniny;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;

<p>c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified</i> – NOS) – wyłącznie w przypadku monoterapii afatynibem albo ozymertynibem;</p> <p>2) obecność mutacji aktywującej w genie <i>EGFR</i> (receptor naskórkowego czynnika wzrostu) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</p> <p>4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</p> <p>6) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>7) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG w przypadku zastosowania monoterapii afatynibem lub ozymertynibem;</p> <p>8) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG w przypadku zastosowania ozymertynibu w skojarzeniu z chemioterapią według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksed;</p> <p>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</p> <p>10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL);</p> <p>11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p>		<p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</p> <p>7) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1;</p> <p>8) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu;</p> <p>9) EKG;</p> <p>10) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu albo brygatynibu.</p> <p>W przypadku stosowania inhibitorów EGFR, ALK, i ROS1 oraz sotorasibu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.</p> <p>W przypadku leczenia skojarzonego ozymertynibem z chemioterapią:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pkt 1-6 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej) w odstępach 3-tygodniowych, – pkt 1-6 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie ozymertynibem co 3 miesiące. <p>W przypadku lorlatynibu - niezależnie od linii leczenia - lipidogram powinien być wykonywany przed włączeniem do leczenia, po 4-6 tygodniach i następnie co 3 miesiące.</p> <p>W przypadku stosowania immunoterapii wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8</p>
--	--	--

12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo ozymertynibu albo chemioterapii opartej o pochodne platyny i pemetreksedu określonych w ChPL;

13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.3. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej, trzeciej i kolejnych linii z wykorzystaniem ozymertynibu po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomityni be m, erlotynibem, gefitynibem i potwierdzoną obecnością mutacji T790M w genie *EGFR*

1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:

- a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,
- b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego,
- c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);

2) obecność mutacji T790M w genie *EGFR* potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;

3) progresja choroby po wcześniejszym zastosowaniu afatynibu lub dakomitynibu lub erlotynibu lub gefitynibu;

4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;

tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.

W przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu wymienione badania powinny być wykonane przed każdym podaniem niwolumabu.

W przypadku leczenia konsolidującego durwalumabem badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące (wyjątek – badania czynnościowe tarczycy i badanie EKG wykonywane co 12 tygodni).

W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i dwoma cyklami chemioterapii lub cemiplimabem w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny albo durwalumabem w skojarzeniu z tremelimumabem i chemioterapią lub tislelizumabem skojarzonym z chemioterapią opartą na związkach platyny:

- pkt 1-7 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej),
- pkt 1-7 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie pembrolizumabem lub durwalumabem lub tislelizumabem co 3 miesiące.

W przypadku leczenia skojarzonego atezolizumabem z chemioterapią albo durwalumabem z chemioterapią w drobnokomórkowym raku płuca – wymienione badania powinny być wykonywane przed każdym cyklem.

- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;
- 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.4. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie *EGFR*

- 1) rozpoznanie pooperacyjne gruczolowego raka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą komponenty gruczolakoraka;
- 2) obecność mutacji aktywującej w genie *EGFR* z delecją w eksonie 19. lub substytucja w eksonie 21. potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 3) zaawansowanie patomorfologiczne w stopniu IB – III według klasyfikacji UICC z 2016 roku;

W fazie leczenia podtrzymującego drobnokomórkowego raka płuca atezolizumabem albo durwalumabem – badania z pkt 1-8 co 4-8 tygodni przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.

W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia skojarzonego z docetakselem, natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tygodni.

Każde z badań diagnostycznych może zostać wykonane dodatkowo w dowolnym momencie leczenia w zależności od wskazań klinicznych.

W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, jeżeli są wymagane.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;
- 2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian w zależności od miejsca oceny zmian przerzutowych i w zależności od sytuacji klinicznej.

Badania wykonywane są co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).

W przypadku leczenia okołoperacyjnego pembrolizumabem badania wykonywane są w tygodniu 7 i w tygodniu 13 neoadjuwantowej fazy

- 4) uprzednie poddanie radykalnemu leczeniu chirurgicznemu niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej;
- 5) wiek powyżej 18 roku życia;
- 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 7) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 8) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;
- 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.5. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnej resekcji z rearanżacją w genie ALK z zastosowaniem alektynibu

- 1) rozpoznanie pooperacyjne gruczołowego raka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą komponenty gruczolakoraka;
- 2) zaawansowanie patomorfologiczne od IB (guzy ≥ 4 cm) do IIIA wg 7. edycji klasyfikacji TNM;
- 3) wcześniejsze radykalne leczenie chirurgiczne (cecha R0) w okresie do 12 tygodni przed rozpoczęciem leczenia alektynibem;
- 4) brak wcześniejszego leczenia chemioterapią lub radioterapią;
- 5) obecność rearanżacji w genie ALK na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;

leczenia oraz w ciągu 4 tygodni przed rozpoczęciem adjuwantowej fazy leczenia. Po rozpoczęciu adjuwantowej fazy leczenia, ocenę stopnia zaawansowania nowotworu przeprowadza się co 6 miesięcy lub częściej w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.

W przypadku uzupełniającego leczenia pooperacyjnego pembrolizumebem, atezolizumabem lub ozymertynibem ocenę stopnia zaawansowania nowotworu przeprowadza się co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.

W przypadku leczenia atezolizumabem albo durwalumabem w drobnokomórkowym raku płuca – co 2 cykle w trakcie immunochemioterapii, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).

W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia z docetakselem, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).

W przypadku alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym wykonuje się badanie MR ośrodkowego układu nerwowego co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).

Oceny skuteczności leczenia (odnosi się do stosowania leczenia w stadium zaawansowanym)

- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania alektynibu określonych w ChPL;
- 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.6. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii z ekspresją PD-L1 na komórkach guza z zastosowaniem atezolizumabu

- 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;
- 2) zaawansowanie pooperacyjne wg 8. wersji klasyfikacji TNM:
 - a) IIA i IIB oraz IIIA,
 - b) pT3pN2;
- 3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia;
- 4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania, w okresie do 8 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia;
- 5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 $\geq 50\%$ w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu

dokonywane zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnymi za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub

<p>wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <ol style="list-style-type: none">6) brak obecności mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzonej na podstawie zvalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;7) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego (neoadjuwantowego);8) wiek powyżej 18 roku życia;9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z ChPL;11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL;12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu określonych w ChPL;15) wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie;16) ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata owłosienia);17) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>		<p>w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	---

1.7. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem pembrolizumabu w monoterapii

- 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;
- 2) zaawansowanie patomorfologiczne w stopniu: IB (guzy T2a o średnicy 4 cm) lub II lub IIIA lub IIIB [(T3-4 (guzy o średnicy >7cm), N2 wg 8. wersji klasyfikacji TNM);
- 3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia;
- 4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania;
- 5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 <50% w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 6) nieobecność mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 7) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego (neoadjuwantowego);
- 8) wiek powyżej 18 roku życia;
- 9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;

- 13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych, z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;
- 14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu określonych w ChPL;
- 15) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.8. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca, kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej, do leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu w skojarzeniu z chemioterapią

- 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;
- 2) stopień zaawansowania klinicznego: II - IIIA + IIIB (tylko dla T2-T4 N2, pod warunkiem możliwości wykonania doszczętnej resekcji);
- 3) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 na komórkach nowotworowych $\geq 1\%$ potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 4) nieobecność mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 5) wiek powyżej 18 roku życia;
- 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 7) nieobecność czynników klinicznych uniemożliwiających przeprowadzenie resekcji chirurgicznej;
- 8) wydolność układu oddechowego umożliwiająca kwalifikację do resekcji chirurgicznej;

- 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych stanowiących przeciwwskazanie do immunoterapii lub chemioterapii;
- 11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu określonych w ChPL;
- 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

1.9. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia okołoperacyjnego z zastosowaniem pembrolizumabu w skojarzeniu z neoadjuwantową chemioterapią opartą na związkach platyny przed zabiegiem chirurgicznym, a następnie pembrolizumabu w monoterapii po zabiegu chirurgicznym:

- 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);
- 2) nieobecność mutacji w genie EGFR i rearanzacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 3) przedoperacyjny stopień zaawansowania klinicznego: II, IIIA lub IIIB (N2) wg 8. wersji klasyfikacji TNM, pod warunkiem potwierdzenia możliwości doszczętnego leczenia chirurgicznego;

- 4) chorzy wcześniej nieleczeni systemowo i nie poddawani radioterapii niedrobnokomórkowego raka płuca;
- 5) stwierdzenie możliwości przeprowadzenia doszczętnego leczenia chirurgicznego niedrobnokomórkowego raka płuca przez chirurga klatki piersiowej;
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 11) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych, z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;
- 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii określonych w ChPL;
- 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.10. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z rearanżacją w genie ALK lub ROS1 do leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej:

- kryzotynib (rearanżacja genów *ALK* lub *ROS1*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii),
- alektynib (rearanżacja genu *ALK*) albo brygatynib (rearanżacja genu *ALK*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii lub po niepowodzeniu leczenia kryzotynibem),

- lorlatynib (rearanżacja genu *ALK*) w leczeniu pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy po niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem inhibitora ALK drugiej generacji),
- entrektynib (rearanżacja genu *ROSI*) w pierwszej i kolejnej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii);

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:
 - a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,
 - b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,
 - c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);
- 2) obecność rearanżacji w genie *ALK* lub *ROSI* na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 3) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);
- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;

- 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu albo alektynibu albo brygatynibu albo lorlatynibu albo entrektyribu określonych w ChPL;
- 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.11. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia) z wykorzystaniem substancji czynnej pembrolizumab albo atezolizumab albo cemiplimab albo cemiplimab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny albo niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem albo durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem albo tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny:

- rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 $\geq 50\%$ – pembrolizumab albo atezolizumabem albo cemiplimab w monoterapii,
- rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 $\geq 50\%$ – tislelizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,
- rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 $< 50\%$ – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,
- rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 $< 50\%$ – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną,

- rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny,
- rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 \geq 1% - cemiplimab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny lub paklitakselem i pochodną platyny,
- rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 < 50% - durwalumab z tremelimumabem w skojarzeniu z gemcytabiną i pochodną platyny,
- rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 < 50% durwalumab z tremelimumabem w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,
- rak płaskonabłonkowy ze znanym statusem białka PD-L1 – tislelizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną;

1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;

2) ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu:

- a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy
 - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo atezolizumabu albo cemiplimabu w monoterapii albo tislelizumabu skojarzonego z pemetreksedem i chemioterapią opartą o pochodne platyny,
- b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo niwolumabu i ipilimumabu albo durwalumabu i tremelimumabu w skojarzeniu z chemioterapią;
- c) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 1% lub większy
 - kryterium kwalifikacji do stosowania cemiplimabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny;

<p>d) niezależnie od wyniku oceny ekspresji PD-L1 – kryterium kwalifikacji do stosowania tislelizumabu w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną;</p> <p>3) wykluczenie obecności mutacji w genie <i>EGFR</i> oraz rearanżacji genów <i>ALK</i> i <i>ROS1</i> w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS (w przypadku rozpoznania raka płaskonabłonkowego wykonanie testów molekularnych nie jest wymagane);</p> <p>4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</p> <p>5) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>6) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</p> <p>7) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>8) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</p> <p>10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, durwalumabu i</p>		
--	--	--

tremelimumabu, tislelizumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL;

14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.12. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia kolejnej linii z zastosowaniem niwolumabu albo atezolizumabu albo tislelizumabu we wszystkich typach niedrobnokomórkowego raka płuca (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia) ponadto w przypadku tislelizumabu dotyczy chorych po uprzednim leczeniu pochodnymi platyny

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);
- 2) wykluczenie mutacji G12C w genie KRAS, jak również w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS;
- 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);
- 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;

- 7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;
- 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu lub tislelizumabu określonych w ChPL;
- 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.13. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie gruczolowym do leczenia kolejnej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii, immunoterapii, chemioimmunoterapii) z zastosowaniem nintedanibu

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczolowego płuca;
- 2) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1*;
- 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);
- 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;

- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego);
- 9) wykluczenie współwystępowania choroby zakrzepowo-zatorowej;
- 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu i docetakselu określonych w ChPL;
- 13) wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;
- 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.14. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po niepowodzeniu co najmniej jednej wcześniejszej linii leczenia systemowego (immunoterapia lub immunochemioterapia lub chemioterapia z zastosowaniem związków platyny) z mutacją G12C w genie KRAS z zastosowaniem sotorasibu

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:
 - a) raka gruczołowego lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego,

<p>b) raka wielkomórkowego;</p> <p>2) obecność mutacji G12C w genie KRAS (ang. Kirsten rat sarcoma virus – KRAS) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</p> <p>4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</p> <p>6) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>7) stan sprawności w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;</p> <p>8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</p> <p>9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania sotorasibu określonych w aktualnej ChPL;</p> <p>12) wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;</p> <p>13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;</p>		
--	--	--

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.15. Chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);
- 2) zaawansowanie kliniczne w stopniu III – chorzy po radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny;
- 3) brak progresji choroby po radiochemioterapii jednoczasowej – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii);
- 4) stan sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 5) wiek powyżej 18 roku życia;
- 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;
- 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w ChPL;
- 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.16. Chorych na drobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem atezolizumabu (w skojarzeniu z karboplatiną oraz etopozydem w fazie indukcji) albo durwalumabu (w skojarzeniu z pochodną platyny (cisplatyna lub karboplatyna) i etopozydem w fazie indukcji)

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca;
- 2) zaawansowanie kliniczne: stadium choroby rozległej (ang. *extensive stage*) wg klasyfikacji VASLG lub IV stopień zaawansowania wg klasyfikacji TNM;
- 3) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 4) wiek powyżej 18 roku życia;
- 5) stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyjątkiem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego i bielactwa;
- 8) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania chemioterapii w tym odpowiednia czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu albo durwalumabu określonych w ChPL;

11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.17. Chorych na międzybłoniaka opłucnej do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani leczeniu systemowemu) z zastosowaniem niwolumabu i ipilimumabu

- 1) rozpoznanie międzybłoniaka opłucnej niekwalifikującego się do leczenia radykalnego;
- 2) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 3) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 4) wiek powyżej 18 roku życia;
- 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;
- 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu i ipilimumabu określonych w ChPL;

11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia wskazanych w pkt 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii nie jest dłuższy niż wskazano w pkt 2.

2. Określenie czasu leczenia w programie

2.1. Inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR (afatynib, ozymertynib) lub ALK/ROS1 (kryzotynib, entrektynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib) lub inhibitor KRAS (sotorasib)

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami stosowania leków oraz z kryteriami wyłączenia z programu.

- 1) stosowanie leków anty-EGFR w ramach pierwszej linii (afatynib, ozymertynib) lub drugiej, trzeciej i kolejnych linii leczenia (ozymertynib) albo leków anty-ROS1 lub anty-ALK w ramach pierwszej lub kolejnej linii leczenia (kryzotynib, entrektynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib) albo inhibitora angiogenezy (nintedanib) albo anty-KRAS w drugiej i kolejnej linii leczenia (sotorasib) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 2) stosowanie ozymertynibu w skojarzeniu z chemioterapią w pierwszej linii według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksed jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację

leczenia. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających zastosowanie chemioterapii możliwa jest kontynuacja leczenia w monoterapii ozymertynibem pod warunkiem utrzymywania się obiektywnej korzyści klinicznej;

3) stosowanie ozymertynibu w ramach leczenia uzupełniającego po leczeniu chirurgicznym jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 36 miesięcy. Podczas stosowania ozymertynibu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;

4) stosowanie ozymertynibu w ramach leczenia konsolidującego jest prowadzone do stwierdzenia progresji lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia. Podczas stosowania ozymertynibu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;

5) stosowanie alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym (cecha R0) jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 24 miesiące.

6) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia) – nie dotyczy stosowania alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym;

7) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna

wysokodawkowa lub chirurgia) – nie dotyczy stosowania alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym;

8) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):

a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,

b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia (w przypadku alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym wykonuje się badanie MR ośrodkowego układu nerwowego co 6 miesięcy), a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);

9) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:

a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,

b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET).

2.2. Inhibitory PD-1 (pembrolizumab, cemiplimab, cemiplimab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny, niwolumab, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem, tislelizumab, tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny) lub PD-L1 (atezolizumab)

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii oraz z kryteriami wyłączenia z programu.

1) stosowanie inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych (pembrolizumab, niwolumab, niwolumab z ipilimumabem, cemiplimab, atezolizumab, tislelizumab) jest prowadzone do stwierdzenia progresji

choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;

- 2) stosowanie atezolizumabu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii obejmuje okres 1 roku lub do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację;
- 3) stosowanie niwolumabu w skojarzeniu z chemioterapią w ramach przedoperacyjnego leczenia wstępnego, u chorych kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej obejmuje 3 cykle leczenia lub jest krótsze w przypadku stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 4) stosowanie pembrolizumabu w leczeniu okołoperacyjnym wczesnego raka płuca - w fazie leczenia wstępnego, przed zabiegiem chirurgicznym - jest prowadzone przez maksymalnie 4 cykle (4 dawki po 200 mg co 3 tygodnie lub 2 dawki po 400 mg co 6 tygodni) oraz w fazie leczenia uzupełniającego, po zabiegu chirurgicznym - przez maksymalnie 13 cykli (13 dawek po 200 mg co 3 tygodnie lub 7 dawek po 400 mg co 6 tygodni) lub w obu ww. przypadkach do wystąpienia progresji lub nawrotu choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych lub podjęcia przez lekarza decyzji o zaprzestaniu podawania;
- 5) stosowanie pembrolizumabu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnej resekcji obejmuje okres ok. 1 roku (do zakończenia 18. podań w przypadku dawkowania co 3 tygodnie albo do zakończenia 9. podań w przypadku dawkowania co 6 tygodni) lub do stwierdzenia nawrotu choroby, pojawienia się nowego nowotworu złośliwego lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację;
- 6) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);

- 7) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia); nie dotyczy atezolizumabu albo pembrolizumabu stosowanego w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego, niwolumabu stosowanego przedoperacyjnie oraz pembrolizumabu w leczeniu okołoperacyjnym wczesnego raka płuca;
- 8) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):
- a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,
 - b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);
- 9) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:
- a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,
 - b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET);
- 10) w przypadku leczenia atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia);

2.3. Inhibitor PD-L1 (durwalumab, durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem)

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami oraz kryteriami wyłączenia z programu.

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1) stosowanie durwalumabu w leczeniu konsolidującym (pkt 1.15) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności lub maksymalnie przez 12 miesięcy. Podczas stosowania durwalumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;</p> <p>2) stosowanie durwalumabu w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca (pkt. 1.11) oraz drobnokomórkowego raka płuca (pkt 1.16) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności;</p> <p>3) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):</p> <p>a) w leczeniu konsolidującym:</p> <ul style="list-style-type: none">– przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii,– w czasie leczenia – co 3 miesiące, <p>b) w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca:</p> <ul style="list-style-type: none">– przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii,– w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); <p>c) w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca:</p> <ul style="list-style-type: none">– w czasie leczenia łącznie z chemioterapią – przed trzecim (3.) cyklem leczenia,– w trakcie monoterapii – przed pierwszym (1.) cyklem i następnie co 3 cykle leczenia; <p>4) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:</p> | | |
|---|--|--|

- a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,
- 5) w przypadku leczenia durwalumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania durwalumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST
 - a) oligoprogresja – w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK, ROS1, KRAS oraz inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia),
 - b) oligoprogresja – w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK, ROS1, KRAS oraz inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia),
 - c) powyższa sytuacja (oligoprogresja) nie dotyczy chorych leczonych konsolidująco durwalumabem po radiochemioterapii, chorych leczonych na drobnokomórkowego raka płuca z udziałem atezolizumabu albo durwalumabu oraz nie dotyczy chorych w ramach przedoperacyjnego leczenia wstępnego przed resekcją z zastosowaniem niwolumabu, jak również nie dotyczy chorych w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego z zastosowaniem atezolizumabu albo pembrolizumabem oraz chorych po radykalnym

<p>leczeniu chirurgicznym alektynibem oraz nie dotyczy chorych w leczeniu okołoperacyjnym wczesnego raka płuca pembrolizumabem;</p> <ol style="list-style-type: none">2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym;3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według oceny lekarza prowadzącego;4) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;5) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;6) obniżenie stanu sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów Zubrod- WHO lub ECOG;7) przerwanie stosowania inhibitorów EGFR, ALK, ROS1, KRAS dłuższe niż 8 tygodni albo inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych dłuższe niż 12 tygodni wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia;8) pogorszenie jakości życia chorego o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;9) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego);10) upływanie 12 miesięcznego okresu leczenia – dotyczy stosowania durwalumabu do leczenia konsolidującego albo atezolizumabu po całkowitej resekcji;11) upływanie 24 miesięcznego okresu leczenia – dotyczy stosowania alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym.		
---	--	--

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10: C50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE SUBSTANCJI LECZNICZYCH OBECNYCH W PROGRAMIE I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anty-HER2 oraz do 4 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) trastuzumab; 2) pertuzumab; 3) trastuzumab emtanzyna; 4) tukatynib; 5) trastuzumab derukstekan. <p>W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: trastuzumab lub trastuzumab z pertuzumabem (podawane niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego).</p> <p>W leczeniu uzupełniającym stosowany jest: trastuzumab oraz trastuzumab emtanzyna.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem trastuzumabu emtanzyny.</p> <p>W leczeniu anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do</p>	<p>1. Leczenie wczesnego raka piersi</p> <p>1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420 mg (kolejne cykle leczenia).</p>	<p>1. Leczenie wczesnego raka piersi</p> <p>1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</p> <p>1.1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ISH) potwierdzające nadekspresję receptora HER2 i ocena stopnia ekspresji receptorów ER i PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) morfologia krwi z rozmazem, c) stężenie kreatyniny, d) aktywność AlAT, e) aktywność AspAT, f) stężenie bilirubiny, g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej, h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej, i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej),

<p>zastosowania), stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.6.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pertuzumab łącznie z trastuzumabem (podawane niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i docetakselem w pierwszej linii leczenia, a jeśli wcześniej była stosowana terapia przedoperacyjna trastuzumabem +/- pertuzumabem lub uzupełniająca trastuzumabem, czas od jej zakończenia do nawrotu musi wynosić powyżej 12 miesięcy; 2) trastuzumab łącznie z chemioterapią, hormonoterapią lub samodzielnie w pierwszej linii leczenia chorych, które nie otrzymywały trastuzumabu w leczeniu przedoperacyjnym lub uzupełniającym; trastuzumab może być także stosowany w drugiej lub kolejnych liniach leczenia paliatywnego, jeśli chora wcześniej nie otrzymała terapii anti-HER2; 3) trastuzumab emtanzyna w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie; 4) tukatynib w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną w trzeciej lub czwartej linii leczenia, a w drugiej tylko w przypadku, gdy w pierwszej linii stosowano trastuzumab +/- pertuzumab albo trastuzumab emtanzyna oraz występują przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego; podanie tukatynibu wymaga zastosowania wcześniej co najmniej jednej linii paliatywnej terapii anti-HER2; 5) trastuzumab derukstekan w drugiej lub trzeciej lub czwartej linii leczenia stosowanej z powodu nieoperacyjnego lub zaawansowanego HER2-dodatniego raka piersi po zastosowaniu co najmniej jednej linii terapii anti-HER2. <p>W programie finansuje się leczenie przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do</p>	<p>Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu.</p> <p>Dawka nasycająca produktu leczniczego złożonego zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego: 1200 mg - pertuzumab / 600 mg - trastuzumab (pierwszy cykl leczenia)</p> <p>Dawka podtrzymująca produktu leczniczego złożonego zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego: 600 mg - pertuzumab / 600 mg - trastuzumab (kolejne cykle leczenia, co 3 tygodnie).</p> <p>Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W programie lekowym trastuzumab podaje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami; 2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem; 3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny; 4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii; 	<ol style="list-style-type: none"> j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie TK lub MR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem, k) EKG, l) badanie ECHO, m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych. <p>1.1.2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane nie rzadziej niż: <ol style="list-style-type: none"> a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii i trastuzumabu emtanzyny, b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii: <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu), stężenie kreatyniny, – aktywność AIAT, – aktywność AspAT, – stężenie bilirubiny; 2) badania wykonywane co 3 miesiące:
--	---	---

<p>zastosowania) raka piersi z niską ekspresją HER2 (IHC 1+ lub IHC 2+/ISH-) niezależnie od statusu receptorów hormonalnych substancją:</p> <p>1) trastuzumab derukstekan u chorych, którzy otrzymali wcześniej leczenie systemowe w przerzutowym raku piersi (przynajmniej jedna linia leczenia) lub u których doszło do nawrotu choroby w okresie otrzymywania chemioterapii adjuwantowej lub w ciągu 6 miesięcy od jej zakończenia, a w hormonozależnym raku piersi tylko, gdy w leczeniu przerzutowego raka piersi była stosowana hormonoterapia z lub bez inhibitorów CDK4/6 (o ile nie ma przeciwwskazań do takiego schematu leczenia).</p> <p>W programie finansuje się leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) abemacyklibem w skojarzeniu z hormonoterapią albo rybocyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy HR+, HER2-ujemnego raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu określonym klinicznie lub patomorfologicznie zgodnie z pkt 5) kryteriów włączenia.</p> <p>W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-ujemnego raka piersi substancjami:</p> <p>1) palbocyklibem; 2) rybocyklibem; 3) abemacyklibem; 4) alpelisybem; 5) kapiwasertybem; 6) talazoparybem; 7) olaparybem.</p> <p>W leczeniu uzupełniającym luminalnego HER2-ujemnego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi stosowany jest:</p> <p>1) olaparyb w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną w leczeniu adjuwantowym dorosłych pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u</p>	<p>5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej;</p> <p>6) w skojarzeniu z pertuzumabem (leki podawane niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:</p> <p>a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4), albo b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p> <p>Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne podjęcie leczenia uzupełniającego trastuzumabem po przerwie trwającej dłużej niż 60 dni. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest wykluczenie sytuacji, w których przerwy</p>	<p>a) USG piersi wraz z dołami pachowymi (u chorych leczonych przedoperacyjnie) w celu oceny odpowiedzi na leczenie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny piersi – należy zastosować tę samą metodę co wyjściowo przed leczeniem);</p> <p>Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>3) badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki):</p> <p>a) EKG, b) ECHO.</p> <p>1.2. Leczenie wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi</p> <p>1.2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <p>a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</p> <p>b) morfologia krwi z rozmazem, c) stężenie kreatyniny, d) aktywność AlAT, e) aktywność AspAT,</p>
---	---	---

<p>których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową.</p> <p>W leczeniu przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdym radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.2.1.-2.2.4.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) inhibitory CDK4/6 (abemacyklil albo palbocyklil albo rybocyklil) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy w pierwszej lub drugiej linii leczenia; 2) inhibitory CDK4/6 (abemacyklil albo rybocyklil) w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej linii leczenia oraz (abemacyklil albo palbocyklil albo rybocyklil) w drugiej linii leczenia; 3) alpelisyb w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej lub drugiej linii leczenia - po progresji lub nawrocie raka piersi w trakcie lub po zakończeniu leczenia hormonalnego z zastosowaniem inhibitora aromatazy; 4) kapiwasertyb w skojarzeniu z fulwestrantem w drugiej lub trzeciej linii leczenia finansowanej w ramach programu lekowego - po progresji lub nawrocie raka piersi u chorych w trakcie lub po zakończeniu leczenia hormonalnego, a w pierwszej linii tylko, gdy była stosowana terapia uzupełniająca inhibitorem CDK 4/6; 5) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w drugiej lub trzeciej linii leczenia u chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2, po uprzednim zastosowaniu hormonoterapii z lub bez inhibitorów CDK4/6 w leczeniu paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie 1-2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołoperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej). <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów PARP.</p> <p>W programie finansuje się leczenie przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdym radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER-2 ujemnego raka piersi u pacjentów uprzednio leczonych co</p>	<p>spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby.</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapią to:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią, albo b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust.3. <p>Jeżeli pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem podawane są niezależnie w przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych podczas terapii pertuzumabem i trastuzumabem podawanych w formie produktu leczniczego złożonego do podawania podskórnego, które w ocenie lekarza prowadzącego są związane z pertuzumabem i wymagają przerwania terapii należy zakończyć terapię preparatem złożonym i kontynuować terapię trastuzumabem podawanym niezależnie.</p>	<ol style="list-style-type: none"> f) stężenie bilirubiny, g) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej w celu wykluczenia przerzutów odległych i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR w celu wykluczenia przerzutów odległych j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej) w celu wykluczenia przerzutów odległych k) EKG, l) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>1.2.2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem; b) stężenie kreatyniny; c) aktywność AlAT; d) aktywności AspAT; e) stężenie bilirubiny; f) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów
--	---	--

<p>najmniej jedną linią hormonoterapii (samodzielnej bądź w skojarzeniu w tym – łącznie z inhibitorami CDK4/6) na jakimkolwiek etapie choroby i co najmniej dwiema liniami chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej (jeśli czas wolny od choroby wyniósł mniej niż 12 mies. od zastosowania chemioterapii okołoperacyjnej, chemioterapia okołoperacyjna traktowana jest jako jedna linia terapii systemowej w chorobie zaawansowanej):</p> <p>1) sacytuzumabem gowitekan.</p> <p>W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) potrójnie ujemnego raka piersi substancjami:</p> <p>1) pembrolizumabem;</p> <p>2) talazoparybem;</p> <p>3) olaparybem;</p> <p>4) sacytuzumabem gowitekan.</p> <p>Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu.</p> <p>W leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii (jeden schemat paliatywnej chemioterapii stosowany poza programem lekowym stanowi także linię leczenia) określonymi w punktach 2.3.1.-2.3.3.:</p> <p>1) pembrolizumab w leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatyną (pierwsza linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono brak wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego nieoperacyjnego lub przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii z</p>	<p>W przypadku wystąpienia miejscowych działań niepożądanych podczas terapii pertuzumabem i trastuzumabem podawanych w formie produktu leczniczego złożonego do podawania podskórnego, które w ocenie lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii preparatem złożonym, należy kontynuować terapię pertuzumabem i trastuzumabem podawanymi niezależnie.</p> <p>Po zabiegu operacyjnym stosuje się leczenie uzupełniające trastuzumabem. Łącznie leczenie neoadjuwantowe i adjuwantowe i całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań trastuzumabu (stosowanego co 3 tygodnie).</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2-dodatniego raka piersi):</p> <p>a) obejmuje maksymalnie 14 podań, albo</p> <p>b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby, albo</p> <p>c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p> <p>Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane</p>	<p>LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym;</p> <p>g) EKG (w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), a potem w zależności od wskazań klinicznych) w przypadku leczenia rybocyklibem;</p> <p>h) inne badania w razie wskazań klinicznych;</p> <p>i) badania obrazowe w zależności od oceny sytuacji klinicznej i wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>– pkt 1 a-e badania wykonuje się co 4 tygodnie (cykl 28 dniowy) przez pierwsze 4 cykle i następnie w zależności od wskazań klinicznych, ale nie rzadziej niż co 3 miesiące,</p> <p>– Badania f) wykonuje się co 3 miesiące (+/- 14 dni),</p> <p>2) badania obrazowe:</p> <p>a) mammografia, w razie potrzeby uzupełniona o USG piersi lub MR.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>– nie rzadziej niż co 12 miesięcy.</p> <p>1.3. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji w genach BRCA</p> <p>1.3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <p>a) potwierdzenie obecności mutacji germinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),</p>
---	--	---

<p>założeniem radykalnym zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy. Zastosowanie terapii nie jest możliwe po wcześniejszym zastosowaniu immunoterapii pembrolizumabem w leczeniu okołoperacyjnym;</p> <p>2) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w pierwszej lub drugiej lub trzeciej linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA 1/2, gdy leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania pacjentki musieli otrzymać wcześniej chemioterapię zawierającą taksoid lub antracyklinę w leczeniu okołoperacyjnym lub paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie nie więcej niż 2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołoperacyjnej i 1 linii chemioterapii paliatywnej);</p> <p>3) sacytuzumab gowitekan w monoterapii w drugiej lub trzeciej lub czwartej linii przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego nieresekcyjnego potrójnie ujemnego raka piersi; wymagane są wcześniej co najmniej dwie linie paliatywnego leczenia systemowego (u pacjentów leczonych okołoperacyjnie wymagana jest co najmniej jedna linia systemowego leczenia paliatywnego).</p> <p>Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu. W programie lekowym istnieje jednorazowa możliwość zastosowania immunoterapii.</p> <p>1. Leczenie wczesnego raka piersi</p> <p>1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</p> <p>1.1.1. leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo</p> <p>1.1.2. leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu</p>	<p>jest wystąpieniem objawów niepożądanych niezwiązanych – w opinii lekarza - z samym trastuzumabem, mogą zostać włączeni do programu leczenia adjuwantowego raka piersi schematem zawierającym trastuzumab i ukończyć terapię anti-HER2 zawierającą nie więcej niż 18 podań (łącznie z liczbą podań w leczeniu przedoperacyjnym i liczbą podań trastuzumab emtanzyny).</p> <p>1.2. Leczenie wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi</p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobową abemacyklibu: 300 mg/dobę (2 x 150 mg) codziennie (1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobową rybocyklibu: 400 mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Rozpoczęcie terapii abemacyklibem powinno mieć miejsce nie później niż 3 miesiące od rozpoczęcia hormonoterapii uzupełniającej (po radykalnym leczeniu operacyjnym).</p> <p>Rozpoczęcie terapii rybocyklibem powinno mieć miejsce nie później niż 12 miesięcy od rozpoczęcia hormonoterapii neoadjuwantowej lub uzupełniającej (po radykalnym leczeniu operacyjnym).</p> <p>Dawka dobową inhibitorów aromatazy lub antagoisty estrogeny stosowanych w skojarzeniu z abemacyklibem albo inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z rybocyklibem:</p> <p>a) letrozol: 2,5mg/dobę</p>	<p>b) potwierdzenie braku ekspresji receptora HER2 i określenie stanu steroidowych receptorów hormonalnych,</p> <p>c) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>d) stężenie kreatyniny,</p> <p>e) stężenie bilirubiny,</p> <p>f) aktywność AlAT,</p> <p>g) aktywność AspAT,</p> <p>h) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),</p> <p>i) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),</p> <p>j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),</p> <p>k) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>1.3.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>– kreatyniny,</p> <p>– bilirubiny,</p> <p>– oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),</p> <p>c) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p>
--	---	---

<p>lecniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapią</p> <p>albo</p> <p>1.1.3. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią</p> <p>albo</p> <p>1.1.4. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną.</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; 2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+ w badaniu ISH); 3) stopień zaawansowania: <ol style="list-style-type: none"> a) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem: <ul style="list-style-type: none"> – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych, lub – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego, <p>albo</p> <ol style="list-style-type: none"> b) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i chemioterapią: <ul style="list-style-type: none"> – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 20 mm i jest obecny jest przerzut 	<ol style="list-style-type: none"> b) anastrozol: 1 mg/dobę c) eksemestan: 25 mg/ dobę d) tamoksyfen: 20 mg/dobę <p>U chorych z zachowaną czynnością jajników w okresie przed- i około menopauzalnym należy rozważyć stosowanie jednocześnie gosereliny.</p> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>1.2.1. Czas leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) abemacyklib - leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące (1 cykl leczenia trwa 4 tygodnie) lub do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, albo b) rybocyklib - leczenie trwa maksymalnie 36 miesięcy lub do czasu wystąpienia progresji 	<p>Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia olaparybem.</p> <p>1.4. Leczenie okołoperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi</p> <p>1.4.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) morfologia krwi z rozmazem, c) stężenie kreatyniny, d) aktywność AlAT, e) aktywność AspAT, f) stężenie bilirubiny, g) poziom TSH i fT4, h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni), i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni), j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); k) EKG, l) konsultacja kardiologiczna – jedynie w przypadku wskazań klinicznych
---	---	---

<p>do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub nie ma ekspresji receptorów ER i PgR,</p> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego, <p>albo</p> <p>c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wyjściowo średnica guza powyżej 5mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymały systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab lub pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią), <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> – średnica komponentu inwazyjnego guza piersi powyżej 5mm lub obecność przerzutu lub przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych stwierdzone na podstawie badania pooperacyjnego – niezależnie od stosowanego systemowego leczenia przedoperacyjnego, <p>albo</p> <p>d) nawrót miejscowy (ściana klatki piersiowej lub piersi po oszczędzającym leczeniu) lub regionalny (węzły chłonne) – wyłącznie u pacjentów po doszczętnym leczeniu tego nawrotu, którzy nie byli leczeni wcześniej trastuzumabem;</p> <p>albo</p> <p>e) wyłącznie w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem emtanzyną:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pierwotny stopień zaawansowania I-III, <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> – zakończona przedoperacyjna chemioterapia zawierająca taksoid i przedoperacyjna terapia anti-HER2, 	<p>choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p>1.3. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawką olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).</p> <p>Należy rozpocząć nie później niż w ciągu 12 tygodni od zakończenia ostatniej terapii przeciwnowotworowej.</p> <p>Możliwe jest jednoczesne stosowanie olaparybu z hormonoterapią.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>1.3.1. Czas leczenia</p> <p>Leczenie trwa łącznie 13 cykli (cykl trwa 28 dni) lub do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p>1.4. Leczenie okołoperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi</p>	<p>dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG,</p> <ul style="list-style-type: none"> m) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne), n) mammografia, o) USG piersi z oceną dołów pachowych, p) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>1.4.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) badania laboratoryjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem, b) stężenie kreatyniny, c) aktywność AlAT, d) aktywności AspAT, e) stężenie bilirubiny, f) oznaczenie poziomu TSH i fT4 dotyczy jedynie leczenia pembrolizumabem, g) oznaczenie glikemii na czczo. <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nie rzadziej niż co 3 tygodnie lub przed każdym cyklem chemioterapii w przypadku pembrolizumabu w leczeniu
---	---	--

<p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> – potwierdzenie patomorfologiczne obecności choroby resztkowej w piersi lub węzłach chłonnych pachy; <p>4) przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii, <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> b) wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych oraz pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii z uzupełniającą radioterapią całej piersi (leczenie oszczędzające). <p>Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d)</p> <ul style="list-style-type: none"> 5) wartość LVEF co najmniej 50%; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych</p>	<p>Dawka pembrolizumabu w fazie neoadjuwantowej i adjuwantowej 200 mg co 3 tygodnie lub po 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z chemioterapią:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) obejmuje 8 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 4 dawki pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni, <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"> b) trwa do momentu stwierdzenia progresji choroby wykluczającej radykalne leczenie chirurgiczne, <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"> c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4. <p>Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) obejmuje 9 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 5 dawek pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni, <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"> b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby, <p>albo</p>	<p>przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-e,</p> <ul style="list-style-type: none"> – nie rzadziej niż co 3 miesiące w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowym) pembrolizumabem – punkty f-g, – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-g; <p>2) badania obrazowe (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ECHO serca, b) USG piersi z dołami pachowymi (tylko podczas leczenia przedoperacyjnego). <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące jedynie podczas leczenia przedoperacyjnego (częściej, gdy są wskazania kliniczne). <p>W celu monitorowania terapii i oceny odpowiedzi na leczenie, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, możliwe jest zamienne wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego piersi).</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p>
--	---	---

<p>tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>1.2. Leczenie wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</p> <p>1.2.1. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) abemacyklibem w skojarzeniu z hormonoterapią raka piersi z przerzutami do węzłów chłonnych z wysokim ryzykiem nawrotu albo rybocyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu, u dorosłych pacjentów we wczesnym stadium raka piersi wykazującego ekspresję receptora hormonalnego i niewykazującego ekspresji receptora typu 2. dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$; 4) udokumentowany brak nadmiernej ekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/- w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 5) obecność następujących cech wysokiego ryzyka nawrotu określonych klinicznie lub patomorfologicznie: <ol style="list-style-type: none"> a) w przypadku leczenia abemacyklibem: <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 4 zajęte przerzutami pachowe węzły chłonne, albo - 1-3 zajęte pachowe węzły chłonne i co najmniej jedno z następujących kryteriów: 	<p>c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>1.4.1. Czas leczenia</p> <p>Leczenie przedoperacyjne obejmuje maksymalnie 8 podań pembrolizumabu co 3 tygodnie lub 4 podania co 6 tygodni w odpowiednich dawkach wraz ze stosowaniem chemioterapii. Leczenie pooperacyjne obejmuje nie więcej niż 9 podań pembrolizumabu co 3 tygodnie lub 5 podań co 6 tygodni w odpowiednich dawkach. W leczeniu pooperacyjnym, jeżeli istnieją wskazania kliniczne dopuszczalne jest także prowadzenie radioterapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p> <p>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</p> <p>2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego</p>	<p>2. Leczenie przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi</p> <p>2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) badanie mutacji germlinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu albo olaparybu, c) potwierdzona mutacja genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu - tylko w przypadku apelisytu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), d) potwierdzona co najmniej jedna zmiana w genach: PIK3CA lub AKT1 lub PTEN – tylko w przypadku kapiwasertybu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), e) potwierdzenie ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczonej zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu, f) morfologia krwi z rozmazem, g) stężenie kreatyniny, h) aktywność AlAT, i) aktywność AspAT,
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • wielkość zmiany nowotworowej ≥ 5 cm (w przypadku chorych po przebytych leczeniu neoadiuwantowym - wielkość może być oceniona w badaniach obrazowych), • stopień złośliwości histologicznej G3; <p>albo</p> <p>b) w przypadku leczenia rybocyklibem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stopień IIB-III zaawansowania anatomicznego lub - stopień IIA zaawansowania anatomicznego, w którym: <ul style="list-style-type: none"> • występują przerzuty do pachowych węzłów chłonnych lub • nie występują przerzuty do pachowych węzłów chłonnych, ale stwierdza się: <ul style="list-style-type: none"> ○ stopień złośliwości histologicznej G3 albo ○ stopień złośliwości histologicznej G2 z występowaniem któregośkolwiek z następujących kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ki-67 $\geq 20\%$ lub ➤ wskaźnik wysokiego ryzyka w wyniku badania sygnatury genowej; <p>6) przebyte leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na:</p> <p>a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii,</p> <p>lub</p> <p>b) wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych oraz pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii z uzupełniającą radioterapią całej piersi (leczenie oszczędzające);</p>	<p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>W terapii przerzutowego raka piersi trastuzumab podaje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) w skojarzeniu z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy, lub b) w monoterapii, lub c) w skojarzeniu z pertuzumabem i docetakselem. <p>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840 mg (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420 mg (kolejne cykle leczenia).</p>	<ul style="list-style-type: none"> j) stężenie bilirubiny, k) poziom TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem, l) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku leczenia alpelisybem, kapiwasertybem oraz pembrolizumabem, m) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu oraz kapiwasertybu, n) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed- i okołomenopauzalnym – tylko w przypadku leczenia inhibitorami CDK4/6 i alpelisybem, o) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, p) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni, (w zależności od sytuacji klinicznej) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, q) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej), r) EKG,
---	--	--

<p>7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania abemacyklibu albo rybocyklibu;</p> <p>11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>1.3. Leczenie wczesnego HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</p> <p>1.3.1. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi olaparybem w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową.</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi:</u></p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p>	<p>Dawka nasycająca produktu leczniczego złożonego zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego: 1200 mg - pertuzumab / 600 mg - trastuzumab (pierwszy cykl leczenia)</p> <p>Dawka podtrzymująca produktu leczniczego złożonego zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego: 600 mg - pertuzumab / 600 mg - trastuzumab (kolejne cykle leczenia, co 3 tygodnie).</p> <p>Dawka docetakselu: 75-100 mg/m² (w każdym cyklu).</p> <p>W terapii łączonej z pertuzumabem i trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) należy podać 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Możliwe jest także zmniejszenie dawki docetakselu, jeśli jest wskazane klinicznie.</p> <p>Jeżeli leczenie docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub</p>	<p>s) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2,</p> <p>t) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO (jedynie w przypadku stosowania leków anty-HER2).</p> <p>u) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne).</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p>2.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) badania laboratoryjne:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) stężenie kreatyniny,</p> <p>c) aktywność AlAT,</p> <p>d) aktywności AspAT,</p> <p>e) stężenie bilirubiny,</p> <p>f) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku alpelisybu, kapiwasertybu i pembrolizumabu,</p> <p>g) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c - tylko w przypadku alpelisybu oraz kapiwasertybu,</p> <p>h) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym</p>
---	--	--

<p>2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi bez przerzutów odległych (tj. cecha M0 w klasyfikacji TNM);</p> <p>3) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));</p> <p>4) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA 1 lub w BRCA2 (germinalnej);</p> <p>5) zakończone miejscowe leczenie chirurgiczne piersi lub węzłów pachowych (chorzy po zabiegach chirurgicznych muszą ukończyć radioterapię adjuwantową o ile jest wskazana);</p> <p>6) ukończenie chemioterapii adjuwantowej lub neoadjuwantowej;</p> <p>a) rak piersi potrójnie ujemny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu i chemioterapii adjuwantowej - pierwotny guz piersi o dowolnej średnicy i patomorfologicznie potwierdzona obecność przerzutów w pachowych węzłach chłonnych (cecha \geqpN1) lub inwazyjny guz pierwotny o średnicy przynajmniej 2 cm (cecha \geqpT2), - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR), <p>lub</p> <p>b) rak piersi z udokumentowaną ekspresją steroidowych receptorów hormonalnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu lub hormonoterapii przedoperacyjnej - obecność choroby przerzutowej w węzłach chłonnych, - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR), 	<p>wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym.</p> <p>Jeżeli pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem podawane są niezależnie w przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu.</p> <p>W przypadku terapii pertuzumabem i trastuzumabem w formie produktu leczniczego złożonego do podawania podskórnego, należy zakończyć leczenie po potwierdzeniu objawów niewydolności serca.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych podczas terapii pertuzumabem i trastuzumabem podawanych w formie produktu leczniczego złożonego do podawania podskórnego, które w ocenie lekarza prowadzącego są związane z pertuzumabem i wymagają przerwania terapii należy zakończyć terapię preparatem złożonym i kontynuować terapię trastuzumabem podawanym niezależnie.</p> <p>Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).</p> <p>Maksymalna dobowo dawka tukatynibu: 600 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p>	<p>chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6,</p> <p>i) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), a potem w zależności od wskazań klinicznych),</p> <p>j) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przed każdym kolejnym cyklem leczenia (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące - w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego), trastuzumabu w monoterapii lub trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy, - przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia trastuzumabem emtanzyną oraz trastuzumabem derukstekanem, - dodatkowo morfologia przed każdym podaniem paklitakselu – w przypadku
--	--	---

<p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania olaparybu;</p> <p>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>10) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</p> <p>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, wczesnego HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>1.4. Leczenie okołoperacyjne potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</p> <p>1.4.1. leczenie okołoperacyjne pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) i kontynuacja pembrolizumabu jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu.</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi:</u></p>	<p>Dawka trastuzumabu podskórnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>Każdy cykl leczenia trastuzumabu w skojarzeniu z tukatynibem obejmuje 21 dni.</p> <p>Maksymalna dobową dawką kapecytabiny w skojarzeniu z tukatynibem: 2000 mg/m² powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.</p> <p>Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>2.1.2. Czas leczenia</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p> <p>2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2</p> <p>Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).</p>	<p>leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitakselem,</p> <ul style="list-style-type: none"> - co 4 tygodnie (cykl 28 dniowy) przez pierwsze 4 cykle i następnie w zależności od wskazań klinicznych, ale nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6, - badania oznaczone w ppkt a)-f) co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych miesięcy leczenia, badanie oznaczone w ppkt g) co miesiąc w trakcie 2 pierwszych miesięcy, a następnie badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia apelisybem oraz kapiwasertybem, - morfologia co miesiąc lub w przypadku wskazań klinicznych, pozostałe badania nie rzadziej niż co 3 miesiące - w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem, - przed każdym podaniem leczenia – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekan, - podczas stosowania tukatynibu w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną badania wykonuje przed każdym cyklem leczenia - przed każdym cyklem leczenia w przypadku stosowania pembrolizumabu – punkty a-e,
---	---	---

<p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) potwierdzony i dotychczas nieleczony potrójnie ujemny rak piersi;</p> <p>3) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych (<1%);</p> <p>4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));</p> <p>5) kliniczny stopień zaawansowania T1-4 i N1-N2 lub T2-T4 i N0</p> <p>6) wartość LVEF co najmniej 50%;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii;</p> <p>11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>12) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>13) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia okołooperacyjnego potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających</p>	<p>Możliwość redukcji dawki zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>2.2.1. Czas leczenia</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p> <p>2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego</p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobowa palbocyklibu: 125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobowa rybocyklibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobowa abemacyklibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę alpelysybu: 300 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę kapiwasertybu: 800 mg/dobę (codziennie przez 4 dni, następnie przerwa 3 dni w każdym tygodniu, 1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).</p>	<p>– nie rzadziej niż raz na 6 tygodni w przypadku w leczenia przerzutowego raka piersi pembrolizumabem – punkt f oraz j;</p> <p>2) badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki) – nie dotyczy inhibitorów CDK4/6, alpelysybu, kapiwasertybu, talazoparybu, olaparybu, sacytuzumabu gowitekanu oraz pembrolizumabu:</p> <p>a) EKG,</p> <p>b) ECHO,</p> <p>c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych,</p> <p>d) TK klatki piersiowej – w zależności od wskazań klinicznych lub podejrzenia śródmiąższowego zapalenia płuc;</p> <p>3) badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (u chorych z dobrą kontrolą choroby po 2 latach stosowania leczenia – nie rzadziej niż co 3-6 miesięcy – wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):</p> <p>a) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub miednicy lub MR (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),</p>
---	---	---

<p>badan klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</p> <p>2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</p> <p>2.1.1. leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem (podawanych niezależnie lub w formie produktu leczniczego złożonego, zawierającego pertuzumab i trastuzumab do podawania podskórnego) i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi)</p> <p>albo</p> <p>2.1.2. leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi)</p> <p>albo</p> <p>2.1.3. leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)</p> <p>albo</p> <p>2.1.4. leczenie przerzutowego raka piersi tukatynibem w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną (II, III lub IV linia leczenia przerzutowego raka piersi)</p> <p>albo</p> <p>2.1.5. leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem (II lub III lub IV linia leczenia anty-HER2 przerzutowego raka piersi).</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego:</u></p> <p>1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi:</p> <p>a) uogólniony (IV stopień zaawansowania),</p> <p>lub</p>	<p>Dawka fulwestrantu stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6 lub alpelisybem lub kapiwasertybem: 500mg/dobę (podawany w 1,15 oraz 29 dniu a następnie raz na miesiąc).</p> <p>Dawka dobową inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6:</p> <p>a) letrozol: 2,5mg/dobę,</p> <p>b) anastrozol: 1 mg/dobę,</p> <p>c) eksemestan: 25 mg/ dobę.</p> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni.</p> <p>Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu).</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>2.2.2. Czas leczenia</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu</p>	<p>b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),</p> <p>c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie),</p> <p>d) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu oraz kapiwasertybu,</p> <p>e) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6 oraz kapiwasertybu,</p> <p>f) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu).</p> <p>W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według aktualnych kryteriów RECIST w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla</p>
---	---	--

<p>b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwałe niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);</p> <p>2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+ / w badaniu ISH);</p> <p>3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</p> <p>4) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG, sprawność 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG w przypadku produktu leczniczego złożonego zawierającego trastuzumab i pertuzumab do podawania podskórnego;</p> <p>5) wartość LVEF co najmniej 50%;</p> <p>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p>świadzeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p> <p>2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi</p> <p>Zalecana maksymalna dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym.</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawką talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawką olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu).</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>2.3.1. Czas leczenia</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p>	<p>indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <p>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,</p> <p>b) stabilizację (SD),</p> <p>c) progresję choroby (PD),</p> <p>d) czas do progresji (PFS).</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD), progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2 obejmuje w programie:

2.2.1 leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem w monoterapii po uprzednim leczeniu systemowym

Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi:
 - a) uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub
 - b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);
- 3) udokumentowana niska ekspresją receptora HER2 (IHC /1+/ lub IHC /2+/ i ISH +/- niezależnie od statusu receptorów hormonalnych;
- 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
- 5) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) wartość LVEF co najmniej 50%;
- 7) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2 kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających

badan klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2.3. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:

2.3.1. leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)

albo

2.3.2. leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I linia zaawansowanego raka piersi -tylko w przypadku abemacyklibu lub rybocyklibu lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)

albo

2.3.3. leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2-ujemnego raka piersi z obecnością mutacji PIK3CA alpelisybem w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)

albo

2.3.4. leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2-ujemnego raka piersi z co najmniej jedną zmianą w genach: PIK3CA lub AKT1 lub PTEN kapiwasertybem w skojarzeniu z fulwestrantem (II lub III linia leczenia zaawansowanego raka piersi, a w I linia leczenia tylko, gdy była stosowana terapia uzupełniająca inhibitorem CDK 4/6)

albo

2.3.5. leczenie przerzutowego raka piersi w monoterapii inhibitorami PARP (talazoparybem albo olaparybem) chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2 (II lub III linia zaawansowanego hormonozależnego raka piersi).

2.3.6. leczenie przerzutowego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem pacjentów uprzednio leczonych co najmniej jedną linią

hormonoterapii (samodzielnej bądź w skojarzeniu w tym – łącznie z inhibitorami CDK4/6) na jakimkolwiek etapie choroby i co najmniej dwiema liniami chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej (jeśli czas wolny od choroby wyniósł mniej niż 12 mies. od zastosowania chemioterapii okołoperacyjnej, chemioterapia okołoperacyjna traktowana jest jako jedna linia terapii systemowej w chorobie zaawansowanej).

W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.

Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:
 - a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)
 - lub
 - b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);
- 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$;
- 4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /- / w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – nie dotyczy sacytuzumabu gowitekanu;
- 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 oceniona badaniem ISH (wynik /-/) u chorych z wynikiem /2+/ w badaniu IHC – dotyczy sacytuzumabu gowitekanu;
- 6) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu;

- 7) udokumentowana obecność co najmniej jednej zmiany w genach: PIK3CA lub AKT1 lub PTEN – tylko w przypadku kapiwasertybu;
- 8) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu;
- 9) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
- 10) stan:
- a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):
- stan po obustronnym usunięciu jajników,
 - brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn),
 - brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH,
- Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK 4/6 lub kapiwasertybu;
- b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego (w takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH)).
- Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6 lub kapiwasertybu;
- c) mężczyźni (należy rozważyć podawanie agonisty LHRH zgodnie z obecnie obowiązującymi standardami postępowania klinicznego).
- Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania kapiwasertybu;
- 11) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):
- a) stan po obustronnym usunięciu jajników,
 - b) brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn),

c) brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH,

lub mężczyźni.

Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania apelisybu;

12) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG – nie dotyczy sacytuzumabu gowitekanu

13) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG – dotyczy sacytuzumabu gowitekanu;

14) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;

15) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy: brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów mięsnych w następstwie masywnych przerzutów).

Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające:

a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy,

albo

b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii).

Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;

16) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem:

a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi – dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem,

lub

b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy,

lub

c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu.

Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu).

Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;

17) w przypadku sacytuzumabu gowitekanu przebyte leczenie:

a) terapią hormonalną (samodzielnie bądź w skojarzeniu w tym – łącznie z inhibitorami CDK4/6) na jakimkolwiek etapie choroby,

oraz

b) co najmniej dwiema liniami chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej (jeśli czas wolny od choroby wyniósł mniej niż 12 mies. od zastosowania chemioterapii okołoperacyjnej, chemioterapia okołoperacyjna traktowana jest jako jedna linia terapii systemowej w chorobie zaawansowanej);

Kryterium kwalifikacji w przypadku zastosowania sacytuzumabu gowitekanu.

18) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;

19) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;

20) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);

21) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy.

2.4. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:

2.4.1. leczenie przerzutowego lub miejscowo nieoperacyjnego, nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 pembrolizumabem w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatyną (I linia leczenia TNBC)

albo

2.4.2. leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii talazoparybem albo olaparybem chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2 (I lub II lub III linia leczenia TNBC)

albo

2.4.3. leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III lub IV linia leczenia TNBC).

Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:
 - a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania),

lub

b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);

- 3) histologicznie potwierdzony potrójnie ujemny rak piersi;
- 4) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$;
- 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));
- 6) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu;
- 7) udokumentowana potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczona zvalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu;
- 8) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
- 9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 11) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;
- 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;
- 13) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań

laboratoryjnych krwi umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;

14) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 4) obniżenie sprawności:
 - a) do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG- w przypadku leczenia wczesnego HER2-dodatniego lub HER2-ujemnego lub potrójnie ujemnego raka piersi oraz w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi sacytuzumabem i gowitekanu,
 - b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG- w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego lub HER2-dodatniego lub HER2-ow raka piersi;

- | | | |
|--|--|--|
| <p>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;</p> <p>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków, w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekunów prawnych.</p> | | |
|--|--|--|

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM NERKI (ICD-10: C64)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE ADJUWANTOWE		
<p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia <i>pembrolizumabem</i></p> <p>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym;</p> <p>2) pośrednie wysokie lub wysokie ryzyko wznowy raka nerki lub chory w stadium M1 bez objawów choroby (NED, No Evidence of Disease):</p> <p>a) pośrednie-wysokie ryzyko:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pT2 ze stopniem złośliwości histologicznej 4 (ang. Grade 4) lub cechami mięsakowatymi, bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0), – pT3, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0), <p>b) wysokie ryzyko:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pT4, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0), – dowolny pT, każdy stopień złośliwości histologicznej z zajęciem węzłów chłonnych i nieobecnością przerzutów odległych (M0), <p>c) stadium M1 bez objawów choroby:</p>	<p>1. Dawkowanie <i>pembrolizumabu</i></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>pembrolizumabem</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 11) oznaczenie poziomu glukozy; 12) oznaczenie jonogramu (sód, potas); 13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;

– stan po wykonaniu nefrektomii radykalnej lub oszczędzającej i przeprowadzeniu doszczętnej resekcji przerzutów

lub

– stan po wykonaniu nefrektomii radykalnej lub oszczędzającej i przeprowadzeniu stereotaktycznej radioterapii wszystkich przerzutów z uzyskaniem ich remisji;

3) brak wcześniejszego leczenia systemowego raka nerki lub radioterapii (nie dotyczy radioterapii stereotaktycznej przerzutów raka nerki);

4) czas do rozpoczęcia leczenia uzupełniającego pembrolizumabem:

a) w przypadku choroby ograniczonej do nerki (chorzy bez cechy M1) stosowanie pembrolizumabu należy rozpocząć przed upływem 12 tygodni od przeprowadzenia nefrektomii radykalnej lub oszczędzającej z uzyskaniem ujemnych marginesów chirurgicznych,

b) w przypadku choroby z przerzutami (chorzy z cechą M1) stosowanie pembrolizumabu należy rozpocząć przed upływem 12 tygodni od leczenia miejscowego zmian przerzutowych;

5) ukończony 18. rok życia;

6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL;

8) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL;

9) stan sprawności wg skali ECOG 0-1;

15) badanie metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy;

16) elektrokardiogram (EKG);

17) pomiar ciśnienia tętniczego;

18) inne badania obrazowe (w tym mózgu) w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą potwierdzić nieobecność ognisk aktywnej choroby.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) oznaczenia stężenia kreatyniny;

3) oznaczenie stężenia bilirubiny;

4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

6) oznaczenie stężenia hormonu fT4 i TSH;

7) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;

8) oznaczenie poziomu glukozy;

9) oznaczenie jonogramu (sód, potas, wapń);

10) elektrokardiogram (EKG)- wg wskazań klinicznych;

11) pomiar ciśnienia tętniczego;

12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6 tygodni albo przed następnym podaniem leku, jeśli przerwa między podaniami jest dłuższa niż 6 tygodni.

Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.

10) w przypadku wcześniejszego zachorowania na inny nowotwór kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane z tym nowotworem;

11) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie pembrolizumabem trwa 51 tygodni (17 cykli 3-tygodniowych) lub do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu wcześniej, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie nawrotu nowotworu;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *pembrolizumab* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) ciąża lub okres karmienia piersią;
- 4) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;
- 5) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) mózgu (w przypadku stwierdzenia zmian przy kwalifikacji), klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy;
- 2) inne badania obrazowe (w tym mózgu) w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 1) badania klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni; obrazowanie mózgu i kości - w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;
- 2) w ciągu miesiąca po zakończeniu leczenia;
- 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić potwierdzenie utrzymywania się stanu wolnego od choroby albo stwierdzenie nawrotu choroby.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

<p>oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
<p>I LINIA LECZENIA</p>		
<p>1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i>, c) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego - w przypadku <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki; 4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 5) ukończony 18. rok życia; 	<p>1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>kabozantynibem</i> w połączeniu z <i>niwolumabem</i>, <i>niwolumabem</i> w połączeniu z <i>ipilimumabem</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla <i>ipilimumabu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>kabozantynibu</i>, <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>, <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie);

- 6) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone udokumentowaną decyzją konsylium multidyscyplinarnego;
- 7) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST);
- 8) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
- 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;
- 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;
- 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. kabozantinibem

- 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC.

1.2.2. niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem

- 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC;
- 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;

- 15) elektrokardiogram (EKG);
- 16) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;
- 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;
- 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów);
- 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantinibu*, *kabozantinibu* z *niwolumabem*;
- 7) oznaczenie stężenia FT4 i TSH - dla *ipilimumabu* z *niwolumabem*, *kabozantinibu*, *kabozantinibu* z *niwolumabem*;
- 8) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

- 3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;
- 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);
- 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

1.2.3. kabozantinibem w skojarzeniu z niwolumabem

- 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC;
- 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;
- 3) brak wcześniejszego leczenia *kabozantinibem* w monoterapii;
- 4) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;
- 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);
- 6) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

Badania wykonuje się:

- 1) nie rzadziej niż co 4-8 tygodni - w przypadku leczenia *kabozantinibem* i *niwolumabem* w fazie monoterapii oraz *kabozantinibem* i *niwolumabem* w terapii skojarzonej;
- 2) co 3-6 tygodni – w fazie leczenia skojarzonego *ipilimumabem* z *niwolumabem*.

Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;
- 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);
- 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);
- 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku *niwolumabu* z *ipilimumabem* z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);
- 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna) tych ognisk, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) ciąża lub okres karmienia piersią;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;
- 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

<p>oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły pierwszej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>		
II LINIA LECZENIA		
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym- w przypadku <i>niwolumabu</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla <i>kabozantynibu</i> i <i>niwolumabu</i>; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;

- 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego;
- 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST);
- 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
- 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;
- 9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową;
- 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;
- 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. kabozantynibem

- 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów

- 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie);
- 15) elektrokardiogram (EKG);
- 16) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;
- 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;
- 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów);
- 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów w RECIST.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenia stężenia kreatyniny;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*;
- 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *kabozantynibu* i *niwolumabu*;
- 8) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin;

2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantinibem*.

1.2.2. niwolumabem

- 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym;
- 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;
- 3) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;
- 4) niestosowanie systemowe leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);
- 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni.

Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;
- 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);
- 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);
- 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.

4. Monitorowanie programu

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);
- 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) ciąża lub okres karmienia piersią;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;
- 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

<p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one drugiej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>		
III LINIA LECZENIA		
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanałków zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku <i>niwolumabu</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 15) elektrokardiogram (EKG); 16) pomiar ciśnienia tętniczego;

- 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
- 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;
- 9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową;
- 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;
- 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia

1.2.1. kabozantinibem

- 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym w 1. linii leczenia (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin) oraz *niwolumabem* w 2. linii leczenia;
- 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantinibem*.

1.2.2. niwolumabem

- 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;
- 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;
- 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów);
- 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantinibu*;
- 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH;
- 8) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni.

Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) udokumentowane niepowodzenie dwóch linii wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin);
- 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;
- 3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;
- 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);
- 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);

- 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;
- 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);
- 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);
- 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z

- 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) ciąża lub okres karmienia piersią;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;
- 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one trzeciej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI B-KOMÓRKOWE (ICD-10: C82, C83, C85)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA GRUDKOWEGO (ICD-10: C82)		
<p>W ramach części I. programu lekowego w niżej wskazanych liniach leczenia chorym na chłoniaka grudkowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w 1. linii leczenia – <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)</i>; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną</i>; 3) w 3. lub kolejnych liniach leczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>mosunetuzumabem w monoterapii</i>, lub b) <i>epkorytamabem w monoterapii</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzona histologicznie diagnoza chłoniaka grudkowego; 2) wiek 18 lat i powyżej; 	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia</p> <p>1.1.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklu 1:</u> w dawce 1000 mg podawany w skojarzeniu z chemioterapią w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego):</u> w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia.</p> <p><u>Chemioterapia:</u></p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 6) badanie histologiczne węzła chłonного lub tkanki pozawęzłowej, w tym ocena obecności antygenu CD20 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA;

<p>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>4) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>7) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii:</p> <p>1.2.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia</p> <p>1) zaawansowany chłoniak grudkowy w stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor;</p> <p>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</p> <p>3) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka grudkowego.</p> <p>1.2.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia</p> <p>1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</p> <p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia chłoniaka grudkowego;</p>	<p>1) <u>CHOP</u> – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu albo</p> <p>2) <u>CVP</u> – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu albo</p> <p>3) <u>Bendamustyna</u> – w dawce 90 mg/m² pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia</p> <p>Leczenie indukujące obejmuje nie więcej niż 6-8 cykli w przypadku połączenia z chemioterapią CHOP lub CVP i nie więcej niż 6 cykli w przypadku połączenia z bendamustyną.</p> <p>1.1.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii</p> <p><u>Obinutuzumab</u>: w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.</p> <p>1.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia</p> <p>1.2.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: w dawce 1000 mg w podawany w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu),</p>	<p>8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA;</p> <p>9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</p> <p>W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne).</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</p> <p>4) oznaczenie stężenia elektrolitów:</p> <p>a) oznaczenie stężenia sodu,</p> <p>b) oznaczenie stężenia potasu.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>a) w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym cyklem oraz dodatkowo w cyklu 1 przed podaniem obinutuzumabu w dniu 8 i 15,</p>
---	---	---

<p>3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab.</p> <p>1.2.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia chłoniaka grudkowego, w tym przeciwiało anty-CD20 i lek alkilujący lub lenalidomid. <p>1.2.4. epkorytamab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia ogólnoustrojowego chłoniaka grudkowego, w tym przeciwiało anty-CD20 i lek alkilujący lub lenalidomid. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6-8 cykli (w zależności od zastosowanej chemioterapii), a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata; 2) obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia 	<p>8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> w dawce 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p><u>Bendamustyna w cyklach 1-6:</u> w dawce 90 mg/m² pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia.</p> <p>1.2.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii</p> <p><u>Obinutuzumab:</u> w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.</p> <p>1.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia</p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p>Cykl 1: mosunetuzumab podawany w infuzji w dawce:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 mg w 1. dniu cyklu 1., – 2 mg w 8. dniu cyklu 1., oraz – 60 mg w 15. dniu cyklu 1. <p>Cykl 2: mosunetuzumab podawany w dawce 60 mg w 1. dniu cyklu 2.</p> <p>Cykl 3 i kolejne: mosunetuzumab podawany w dawce 30 mg w 1. dniu cyklu 3. i każdego kolejnego cyklu.</p>	<p>b) w przypadku terapii mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym podaniem leku,</p> <p>c) w przypadku terapii epkorytamabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym podaniem leku w cyklu 1. i 2. oraz przed każdym cyklem od cyklu 3. oraz dodatkowo morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) przed każdym podaniem leku od cyklu 3.</p> <p>W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 12) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 13) oznaczenie stężenia D-dimerów. <p>O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz.</p> <p>Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać</p>
--	--	---

<p>indukującego wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata;</p> <p>3) mosunetuzumabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia wynosi:</p> <p>a) 8 cykli – w przypadku pacjentów, u których po 8 cyklach stwierdzono całkowitą odpowiedź na leczenie (CR), albo</p> <p>b) 17 cykli – w przypadku pacjentów, u których po 8 cyklach stwierdzono częściową odpowiedź na leczenie (PR) lub stabilną chorobę (SD) choroby;</p> <p>4) epkorytamabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) progresja choroby w trakcie leczenia;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.), uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>3) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>6) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML);</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w</p>	<p>Mosunetuzumab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku.</p> <p>1.4. epkorytamab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>1.4.1. Cykl 1:</p> <p><u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnym w dawce:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 0,16 mg w dniu 1. cyklu 1., następnie – w dawce 0,8 mg w dniu 8. cyklu 1., następnie – w dawce 3 mg w dniu 15. cyklu 1., a następnie – w dawce 48 mg w dniu 22. cyklu 1. <p>1.4.2. Od 2 cyklu:</p> <p><u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnym w dawce 48 mg:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu, – od cyklu 4. do cyklu 9. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu, – od 10. cyklu – w dniu 1. każdego cyklu. <p>Epkorytamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące</p>	<p>badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.</p> <p>Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Zapisy dotyczące CRS i ICANS dotyczą leczenia mosunetuzumabem i epkorytamabem.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia:</p> <p>1) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR).</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>a) w przypadku terapii obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – po zakończeniu leczenia indukującego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby,</p> <p>b) w przypadku terapii mosunetuzumabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – po 8 cyklach leczenia, po 17 cyklach leczenia oraz w przypadku podejrzenia progresji choroby),</p> <p>c) w przypadku terapii epkorytamabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – po 6 cyklach leczenia, po 12 cyklach leczenia oraz w przypadku podejrzenia progresji choroby.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań</p>
---	--	---

<p>tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>	<p>premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
<p>II.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B</p>		
<p>W ramach części II.A. programu lekowego chorym na niżej wskazane chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się poniższe terapie:</p> <p>1) chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL):</p> <p>a) w 1. linii leczenia – <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i>;</p> <p>b) w 2. lub kolejnych liniach leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i>, – <i>tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</i>; <p>c) w 3. lub kolejnych liniach leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</i>, – <i>epkorytamab w monoterapii albo glofitamab w monoterapii</i>, 	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p>1.1.1. Cykle 1-6:</p> <p><u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylniej co 21 dni w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (R-CHP) przez 6 cykli.</p> <p>Polatuzumab wedotyny, rytuksymab, cyklofosfamid i doksorubicyna mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu po podaniu prednizonu.</p> <p><u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR); 5) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA; 6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku

<p>2) chorym na chłoniaka z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – <i>lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</i>. <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>W ramach części II.A. programu lekowego jest możliwe zastosowanie tylko jednego przeciwciała bispecyficznego (epkorytamabu albo glofitamabu).</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 	<p><u>Cyklofosfamid</u> – zalecana dawka cyklofosfamidu wynosi 750 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p><u>Doksorubicyna</u> – zalecana dawka doksorubicyny wynosi 50 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p><u>Prednizon</u> – zalecana dawka prednizonu wynosi 100 mg/dobę doustnie w dniach 1-5 każdego cyklu.</p> <p>1.1.2. Cykle 7-8:</p> <p><u>Rytuksymab</u> podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 375 mg/m² pc. w 1. dniu cyklu 7 i cyklu 8.</p> <p>1.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożyłnej co 21 dni w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem przez 6 cykli.</p> <p>Polatuzumab wedotyny, bendamustyna i rytuksymab mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p>Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl.</p> <p><u>Bendamustyna</u> – zalecana dawka wynosi 90 mg/m² pc. /dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu.</p> <p><u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p>	<p>dotatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 8) dodatkowo w przypadku terapii <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) dodatkowo w przypadku terapii <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i>: <ol style="list-style-type: none"> a) elektrokardiografia (EKG), b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA, c) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 10) dodatkowo w przypadku terapii <i>lonkastuksymabem tezyryny w monoterapii</i> – oznaczenie aktywności γ-glutamylotransferazy (GGTP). <p>W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne).</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem lub polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</p> <p>2.1.1. Badania przeprowadzane przed każdym cyklem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
---	--	--

<p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii:</p> <p>1.2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) uprzednio nieleczone chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 3) międzynarodowy indeks prognostyczny (IPI) 3-5; 4) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia; 5) stężenie bilirubiny $\leq 1,5$ razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium). <p>1.2.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 4) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego; 5) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia; 6) stężenie bilirubiny $\leq 1,5$ razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium). <p>1.2.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 	<p>1.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>1.3.1. Cykle 1-12:</p> <p><u>Tafasytamab</u> w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. podawany w infuzji dożylniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w cyklu 1. – w dniach 1., 4., 8., 15., i 22., – w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu, – od cyklu 4. do cyklu 12. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu. <p><u>Lenalidomid</u> – zalecana dawka początkowa wynosi 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu – od cyklu 1. do cyklu 12.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p>1.3.2. Od 13 cyklu:</p> <p>Tafasytamab od 13. cyklu podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. w infuzji dożylniej – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.</p> <p>1.4. epkorytamab w monoterapii</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia elektrolitów: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. <p>2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</p> <p>2.2.1. Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem tafasytamabu – morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym).</p> <p>2.2.2. Badania przeprowadzane przed każdym cyklem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym); <p>2.3. epkorytamab w monoterapii</p> <p>2.3.1. Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem epkorytamabu – morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym).</p> <p>2.3.2. Badania przeprowadzane przed każdym podaniem epkorytamabu w cyklu 1. i 2. oraz przed każdym cyklem od cyklu 3.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena wydolności wątroby:
---	---	---

<p>2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;</p> <p>3) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;</p> <p>4) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>1.2.4. epkorytamab w monoterapii</p> <p>1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);</p> <p>2) chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL, <i>de novo</i> lub transformacja z indolentnego chłoniaka);</p> <p>3) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;</p> <p>4) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia ogólnoustrojowego;</p> <p>5) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anti-CD20;</p> <p>6) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego lub wcześniejsze niepowodzenie przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT).</p> <p>1.2.5. glofitamab w monoterapii</p> <p>1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);</p> <p>2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;</p> <p>3) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia układowego.</p> <p>1.2.6. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</p>	<p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>1.4.1. Cykl 1: <u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnym w dawce:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 0,16 mg w dniu 1. cyklu 1., następnie – w dawce 0,8 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 48 mg w dniu 15. i 22. cyklu 1. <p>1.4.2. Od 2 cyklu: <u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnym w dawce 48 mg:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu, – od cyklu 4. do cyklu 9. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu, – od 10. cyklu – w dniu 1. każdego cyklu. <p>Epkorytamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku.</p> <p>1.5. glofitamab w monoterapii</p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p>1.5.1. Cykl 1: Leczenie wstępne w dniu 1. cyklu 1. prowadzone jest zgodnie z zapisami w aktualnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; <p>2) ocena wydolności nerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; <p>3) oznaczenie stężenia elektrolitów:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. <p>2.4. glofitamab w monoterapii</p> <p>2.4.1. Badania przeprowadzane w cyklu 1. przed leczeniem wstępnym oraz przed każdym podaniem glofitamabu, a następnie przed każdym kolejnym cyklem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: <ul style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: <ul style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia elektrolitów: <ul style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. <p>2.4.2. Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem – test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</p> <p>2.5. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</p>
---	--	---

<p>1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) lub chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL);</p> <p>2) nawrót choroby lub oporność na ostatnią linię leczenia zdefiniowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji;</p> <p>3) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia.</p> <p>1.3. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <p>1) <i>polatumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> – maksymalny czas trwania terapii skojarzonej wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia rytuksymabem w monoterapii wynosi 2 cykle (cykl nr 7 i cykl nr 8);</p> <p>2) <i>polatumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i> – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli;</p> <p>3) <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i> – maksymalny czas leczenia tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem wynosi 12 cykli, natomiast przez kolejne cykle tafasytamab jest</p>	<p>Charakterystyce Produktu Leczniczego dla glofitamabu.</p> <p><u>Glofitamab</u> podawany jest dożylnie w dawce:</p> <p>– 2,5 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie</p> <p>– w dawce 10 mg w dniu 15. cyklu 1.</p> <p>1.5.2. Cykle 2-12:</p> <p><u>Glofitamab</u> od 2. cyklu podawany jest dożylnie w dawce 30 mg w dniu 1. każdego cyklu.</p> <p>Glofitamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku.</p> <p>1.6. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><u>Lonkastuksymab tezyryny</u> podawany jest dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dawce:</p> <p>– 0,15 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 1., następnie</p> <p>– w dawce 0,15 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 2., a następnie</p> <p>– w dawce 0,075 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 3. i każdego kolejnego cyklu.</p>	<p>2.5.1. Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności γ-glutamylotransferazy (GGTP),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,</p> <p>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.</p> <p>W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</p> <p>4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie stężenia elektrolitów;</p> <p>7) oznaczenie stężenia CRP;</p> <p>8) oznaczenie stężenia ferrytyny;</p> <p>9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>10) oznaczenie APTT;</p> <p>11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);</p> <p>12) oznaczenie stężenia fibrynogenu;</p> <p>13) oznaczenie stężenia D-dimerów.</p>
---	--	--

<p>podawany w monoterapii do momentu wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;</p> <p>4) <i>epkorytamabem w monoterapii</i> – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;</p> <p>5) <i>glofitamabem w monoterapii</i> – maksymalny czas leczenia wynosi 12 cykli (21-dniowych);</p> <p>6) <i>lonkastuksymabem tezyryny w monoterapii</i> – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) rozpoznanie postępującej wielogniskowej leukoencefalopatii (PML); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 	<p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz.</p> <p>Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.</p> <p>Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Zapisy dotyczące CRS i ICANS dotyczą leczenia <i>epkorytamabem</i> i <i>glofitamabem</i>.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).</p> <p>Badania wykonywane są:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) po 3 cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> lub <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i>, b) po 3 cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia), po 12 cyklach leczenia (w trakcie 13. miesiąca leczenia) oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii <i>tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</i>,
--	--	---

		<p>c) po 3 cyklach leczenia, po 6 cyklach leczenia i po 12 cyklach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii <i>epkorytamab w monoterapii, glofitamab w monoterapii oraz lonkastuksymab tezyryny w monoterapii.</i></p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia, z wyjątkiem oceny po 3 cyklu leczenia, podczas której można zastosować TK, nawet jeśli przy kwalifikacji do programu wykonano badanie PET-TK.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.</p>
--	--	---

II.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B – TERAPIA CAR-T

<p>W ramach części II.B. programu lekowego chorym na chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się poniższe terapie CAR-T:</p> <p>1) chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) lub chłoniaka z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) lub transformowanego w DLBCL chłoniaka grudkowego (TFL):</p> <p>a) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – aksykabtagenem cyloleucelu,</p> <p>albo</p> <p>b) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – tisagenlecleucelem;</p>	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>Schemat dawkowania <u>aksykabtagenu cyloleucelu</u> oraz <u>tisagenlecleucelu</u> zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych substancji czynnych.</p> <p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami</p>	<p>1. Badania</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 3) ocena funkcji wątroby, tj.: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) ocena funkcji nerek, tj.: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
--	--	---

<p>2) chorym na pierwotnego chłoniaka śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – aktykaptagenem cytolulecelu, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T; 3) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 4) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 5) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji aktykaptagenu cytolulecelu albo tisagenlecleucelu. 	<p>aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych produktów.</p> <p>Aktykaptagen cytolulecelu lub tisagenlecleucel muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aktykaptagenem cytolulecelu lub tisagenlecleucelem.</p> <p>2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aktykaptagenu cytolulecelu albo tisagenlecleucelu.</p>	<p>b) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 6) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR); 7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK; 8) elektrokardiografia (EKG); 9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy); 12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA); 13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV). <p>1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem aktykaptagenu cytolulecelu albo tisagenlecleucelu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) białka ostrej fazy: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny; 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu;
--	---	--

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. linii leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL aksykabtagenem cyloleucelu

- 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL) (badanie histopatologiczne z okresu rozpoznania lub dodatkowe badanie – jeśli są wskazania kliniczne);
- 2) nawrót choroby w ciągu 12 miesięcy od zakończenia immunochemioterapii 1. linii lub choroba oporna na immunochemioterapię 1. linii;
- 3) kwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (autoHSCT) w momencie kwalifikacji do programu lekowego.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL tisagenlecleucelem albo aksykabtagenem cyloleucelu

- 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL);
- 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego;
- 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny;
- 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT).

- 4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1. wyżej);
- 5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1. wyżej).

1.3. Badania w dniu następnym po podaniu aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu

- 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
- 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:
 - a) oznaczenie APTT,
 - b) oznaczenie INR,
 - c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
 - d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
 - e) oznaczenie stężenia D-dimerów;
- 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):
 - a) oznaczenie stężenia CRP,
 - b) oznaczenie stężenia ferrytyny,
 - c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T

- 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS;
- 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:
 - a) oznaczenie stężenia CRP,
 - b) oznaczenie stężenia ferrytyny,
 - c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),

<p>1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka PMBCL aktywnym cykloleucelu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzony histologicznie pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL); 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny; 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT). <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie aktywnego cykloleucelu albo jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.</p> <p>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) okres ciąży lub karmienia piersią; 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe; 4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc; 5) aktywna hemoliza; 6) aktywna koagulopatia; 		<ol style="list-style-type: none"> d) oznaczenie APTT, e) oznaczenie INR, f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), g) oznaczenie stężenia fibrynogenu, h) oznaczenie stężenia D-dimerów; <p>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz; 4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 9) znaczenie stężenia elektrolitów. <p>Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania aktywnego cykloleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.</p> <p>Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p>
---	--	--

<p>7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;</p> <p>8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;</p> <p>9) zakażenie HIV;</p> <p>10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C;</p> <p>11) aktywna choroba autoimmunologiczna;</p> <p>12) pierwotny niedobór odporności;</p> <p>13) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak:</p> <p>a) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia aksykabtagenem cyloleucelu,</p> <p>b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucelem;</p> <p>14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelelu.</p>		<p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T:</p> <p>1) TK lub NMR lub PET-TK.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
<p>III.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7)</p>		
<p>W ramach części III.A. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) udostępnia się terapię ibrutynibem w monoterapii, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p>	<p>1. Dawkowanie leku</p> <p>Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 560 mg podawana doustnie 1 raz na dobę.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leku</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) ocena wydolności nerek:</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka z komórek płaszczka; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 4) nawrót albo progresja lub oporność na wcześniejsze leczenie; 5) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni ibrutynibem w monoterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p>	<p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) oznaczenie stężenia albumin; 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 7) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza; 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 12 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej co 3 miesiące: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) badania wykonywane co 3 miesiące: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:
--	--	---

<p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 		<ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek, b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków. <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Badania wykonywane po 3. cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia) oraz w przypadku podejrzenia progresji/nawrotu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) TK lub PET-TK lub NMR – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza. <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
--	--	--

III.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7) – TERAPIA CAR-T

<p>W ramach części III.B. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem breksukabtagenu autoleucelu, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p>	<p>1. Dawkowanie leku</p> <p>Schemat dawkowania breksukabtagenu autoleucelu zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym);
--	---	--

<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzony histologicznie chłoniak z komórek płaszczą (MLC); 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T; 4) stosowano wcześniej co najmniej dwie linie leczenia systemowego, w tym inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona (inhibitor BTK); 5) oporność na leczenie zdefiniowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) lub częściowej remisji (PR) po ostatniej linii leczenia lub progresja choroby po ostatniej linii leczenia; 6) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 7) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji breksukabtagenu autoleucelu. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie breksukabtagenu autoleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.</p>	<p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu. Przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Breksukabtagen autoleucelu musi być podawany w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi breksukabtagenem autoleucelu.</p> <p>2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3) ocena funkcji wątroby, tj.: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) ocena funkcji nerek, tj.: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie APTT, b) oznaczenie INR, c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), d) oznaczenie stężenia fibrynogenu, e) oznaczenie stężenia D-dimerów; 6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK; 8) elektrokardiografia (EKG); 9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy); 12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs – w przypadku dodatnich anti-HBc wykonać HBV DNA); 13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anti-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anti-HCV). <p>1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu</p>
---	--	---

3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu

Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:

- 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;
- 4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;
- 5) aktywna hemoliza;
- 6) aktywna koagulopatia;
- 7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- 8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;
- 9) zakażenie HIV;
- 10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C;
- 11) aktywna choroba autoimmunologiczna;
- 12) pierwotny niedobór odporności;
- 13) aktywna, przewlekła lub ostra choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;
- 14) żywa szczepionka podana w ciągu 6 tygodni przed planowanym rozpoczęciem chemioterapii limfodeplecyjnej;
- 15) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: cyklofosfamid i fludarabina;
- 16) nawrót choroby bez ekspresji CD19 po wcześniejszej terapii anty-CD19;

- 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym);
- 2) białka ostrej fazy:
 - a) oznaczenie stężenia CRP,
 - b) oznaczenie stężenia ferrytyny;
- 3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:
 - a) oznaczenie APTT,
 - b) oznaczenie INR,
 - c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
 - d) oznaczenie stężenia fibrynogenu;
- 4) ocena funkcji nerek (jak wyżej);
- 5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej).

1.3. Badania w dniu następnym po podaniu breksukabtagenu autoleucelu

- 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
- 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:
 - a) oznaczenie APTT,
 - b) oznaczenie INR,
 - c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
 - d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
 - e) oznaczenie stężenia D-dimerów;
- 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):
 - a) oznaczenie stężenia CRP,
 - b) oznaczenie stężenia ferrytyny,
 - c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).

17) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania breksukabtagenu autoleucelu.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T:

- 1) przez pierwsze 10 dni po podaniu infuzji należy codziennie monitorować pacjenta w wykwalifikowanym ośrodku leczniczym, czy nie występują u niego objawy przedmiotowe i podmiotowe CRS, zdarzeń neurologicznych i innych działań toksycznych;
- 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:
 - a) oznaczenie stężenia CRP,
 - b) oznaczenie stężenia ferrytyny,
 - c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - d) oznaczenie APTT,
 - e) oznaczenie INR,
 - f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
 - g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
 - h) oznaczenie stężenia D-dimerów;(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);
- 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;
- 4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;
- 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 9) oznaczenie stężenia elektrolitów.

		<p>Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania breksukabtagenu autoleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.</p> <p>Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T:</p> <p>1) TK lub NMR lub PET-TK.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p>
IV. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA STREFY BRZEŻNEJ (MZL) (ICD-10: C85.1, C85.7)		
W ramach części IV. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka strefy brzeżnej (MZL) udostępnia się terapię	1. Dawkowanie leku	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);

<p>zanubrutynibem w monoterapii, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka strefy brzeżnej, niezależnie od jego podtypu i lokalizacji, zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 4) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia systemowego, w tym zawierającej przeciwciała anti-CD20; 5) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni zanubrutynibem w monoterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych</p>	<p>Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę.</p> <p>Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leku</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 5) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 6) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA; 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA; 9) elektrokardiografia (EKG); 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). <p>W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (np. badania endoskopowe lub inne).</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej raz na 3 miesiące:
--	---	--

<p>tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 		<ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek, <p>2) raz na 3 miesiące – elektrokardiografia (EKG).</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane po 3. cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia), po 12 cyklach leczenia (w trakcie 13. miesiąca leczenia), po 24 cyklach leczenia (w trakcie 25. miesiąca leczenia) oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby: <ol style="list-style-type: none"> a) TK lub PET-TK lub NMR lub inne badania oceniające zaawansowanie choroby w przypadku pozawzłowej lokalizacji chłoniaka – rodzaj badań do decyzji lekarza. <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
		<p>1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU</p>

		<p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <ul style="list-style-type: none">a) całkowita odpowiedź (CR),b) częściowa odpowiedź (PR),c) choroba stabilna (SD),d) brak odpowiedzi (NR),e) progresja choroby (PD),f) przeżycie bez progresji choroby (PFS),g) przeżycie całkowite (OS); <p>Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową przewlekłą białaczkę szpikową albo chorym z nietolerancją <i>imatynibu</i> udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>ponatynibem</i>, 2) <i>asciminibem</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek 18 lat i powyżej; stan sprawności 0-2 według skali ECOG; rozpoznanie przewlekłej białaczki szpikowej z udokumentowaną obecnością genu <i>BCR-ABL1</i> lub chromosomu Filadelfia (Ph+); brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. ponatynib</p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>ponatynibu</i> wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 45 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją przewlekłej białaczki szpikowej do fazy akceleracji lub fazy kryzy blastycznej, 30 mg lub 15 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta nietolerującego poprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym. <p>U świadczeniobiorcy, który osiągnął przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub <i>BCR-ABL</i> <10% IS (MR¹), można zredukować dawkę <i>ponatynibu</i> do 30 mg lub 15 mg raz na dobę, w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu <i>BCR-ABL</i>; morfologia krwi z rozmazem; oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie); badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie); badanie mutacji domeny kinazy <i>ABL</i> w przypadku oporności na poprzednio stosowany inhibitor kinazy tyrozynowej; dotatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>: <ol style="list-style-type: none"> oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi. <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p>

<p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>W przypadku ciąży lub karmienia piersią należy postępować zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku oraz aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).</p> <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</p> <p>1.2.1. ponatynibem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia; 3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> a) oporność na uprzednie leczenie związana z wykrytą mutacją T315I lub b) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). <p>1.2.2. asciminibem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia; 3) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami 	<p>1.2. asciminib</p> <p>Zalecana dawka <i>asciminibu</i> wynosi 40 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 80 mg).</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>Badania wykonywane raz w miesiącu, a po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 6) dodatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i> (dotyczy tylko chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem): <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, b) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, c) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, d) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi. <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne* – co 3 miesiące do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL <1% IS (MR²), a następnie ilościowe badanie molekularne* co 3 miesiące. <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
---	--	---

European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

W przypadku stwierdzenia oporności na dwie linie leczenia, jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorca jest kandydatem do przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych, należy wszcząć procedurę kwalifikacji do transplantacji.

3. Kryteria wyłączenia z programu lub kryteria zmiany inhibitora kinazy tyrozynowej

1) progresja choroby w trakcie leczenia wyrażająca się:

a) utratą odpowiedzi hematologicznej,

lub

b) utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej,

lub

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

a) odpowiedź całkowita hematologiczna (CHR),

b) odpowiedź cytogenetyczna:

– całkowita (CCyR),

– częściowa (PCyR),

– mniejsza (mCyR),

– minimalna (minCyR),

– brak odpowiedzi (nCyR),

c) odpowiedź molekularna:

– większa (MMR, MR³),

– głęboka (MR⁴ lub MR^{4,5} lub MR⁵),

d) progresja choroby (PD),

e) przeżycie bez progresji choroby (PFS),

f) przeżycie całkowite (OS);

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

<p>c) zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorcy z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita,</p> <p>lub</p> <p>d) utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej</p> <p>lub</p> <p>e) pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+) lub nowych mutacji domeny kinazy ABL;</p> <p>2) brak odpowiedzi hematologicznej po 3 miesiącach stosowania leku;</p> <p>3) brak minimalnej odpowiedzi cytogenetycznej (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%) po 3 miesiącach stosowania leku;</p> <p>4) brak częściowej cytogenetycznej odpowiedzi (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >35%) lub BCR-ABL1 >10% IS (MR¹) po 6 miesiącach stosowania leku;</p> <p>5) brak redukcji BCR-ABL1 do <1% IS po 12 miesiącach stosowania leku;</p> <p>6) znalezienie dawcy i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych u danego świadczeniobiorcy;</p> <p>7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>8) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p>		<p>lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p> <p>1) *badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.</p>
--	--	--

10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
--	--	--

ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B (ICD-10: D66, D67)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii pierwotnej i wtórnej profilaktyki krwawień oraz leczenia hemofilii powikłanej nowo powstałym krążącym antykoagulantem dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Wybór leku dla pacjenta powinien być poprzedzony omówieniem korzyści i potencjalnego ryzyka jego stosowania.</p> <p>Pacjent oraz opiekun prawny muszą zostać poinformowani o konsekwencjach wyboru leczenia.</p> <p>1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień</p> <p>1.1. Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z ciężką postacią hemofilii A lub B, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII lub IX równym lub poniżej 1% poziomu normalnego.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczo pochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych, rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu oraz emicizumab.</p> <p>1.2. Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych</p>	<p>1. Pierwotna profilaktyka krwawień</p> <p>1) czynnik VIII osoczo pochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:</p> <p>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);</p> <p>b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>2) czynnik IX osoczo pochodny: 100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>4) efaneczotokog alfa: 50 j.m./kg m.c. raz na tydzień</p> <p>Dawkowanie może zostać ustalone indywidualnie przez lekarza</p>	<p>1. Kwalifikacja do leczenia</p> <p>W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania:</p> <p>1) badania przesiewowe:</p> <p>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT),</p> <p>b) czas protrombinowy (PT),</p> <p>c) czas trombinowy (TT);</p> <p>2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym;</p> <p>3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII;</p> <p>4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg);</p> <p>5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen);</p> <p>6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR u chorych z obecnymi przeciwciałami anty HCV, HBV PCR u chorych z dodatnim antygenem HBs)</p> <p>7) morfologia krwi.</p> <p>W związku z realizacją modułów programu, inne niż wymienione w pkt 1-7 badania, są wykonywane na podstawie indywidualnych decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji</p>

dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczopochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe, rozpoczęta do 3. roku życia.

Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty rekombinowanych czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX, minimum drugiej generacji lub o przedłużonym, lub ultrapredłużonym działaniu, oraz emicizumab.

1.3. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:

- 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu;
- 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu.

1.4. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z umiarkowaną postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII $> 1\%$ i $\leq 5\%$ normy z ciężkim fenotypem krwotocznym definiowanym jako ogólna liczba krwawień w ciągu 12 miesięcy ≥ 5 i/lub liczba krwawień do stawów ciągu 12 miesięcy ≥ 3 .

2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień

2.1. Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1. dnia życia do ukończenia 18. roku życia, chorych na hemofilię A

prowadzącego.

5) emicizumab:

zalecana dawka nasycająca (tydzień 1 – 4):

3 mg/ kg m. c. raz na tydzień;

zalecana dawka podtrzymująca (od 5. tygodnia):

1,5 mg/kg m. c. raz na tydzień lub

3 mg/kg m. c. raz na 2 tygodnie lub

6 mg/kg m. c. raz na 4 tygodnie.

Schemat leczenia dawkami podtrzymującymi należy wybrać na podstawie preferencji lekarza prowadzącego i pacjenta/opiekuna, z myślą o jak najlepszym przestrzeganiu schematu leczenia.

2. Wtórna profilaktyka krwawień

1) czynnik VIII osoczopochodny:

a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);

b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).

2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:

140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).

3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX

leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Ocena skuteczności leczenia

W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:

- 1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;
- 2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;
- 3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.

2.2. W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.

Badania w monitorowaniu leczenia:

- 1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku;
- 2) obecność przeciwciał anty-HBs;
- 3) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anty-HBs), u dodatknych przeciwciała anty-HBc, DNA HBV;
- 4) przeciwciała anty-HCV (raz w roku), u dodatknych RNA HCV;
- 5) przeciwciała anty-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatknych RNA HIV;
- 6) USG naczyń w okolicy dojsścia żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;
- 7) badanie ogólne moczu;
- 8) ocena układu ruchu za pomocą skali HJHS.

<p>lub B, po wystąpieniu więcej niż jednego krwawienia do stawów.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach wtórnej profilaktyki krwawień – emicizumab oraz koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu, lub emicizumab; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu, lub emicizumab. <p>2.2. Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym lub ultrapredłużonym działaniu. <p>2.3. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z umiarkowaną postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII > 1% i ≤ 5% normy z ciężkim fenotypem krwotocznym definiowanym jako ogólna liczba krwawień w ciągu 12 miesięcy ≥5 i/lub liczba krwawień do stawów ciągu 12 miesięcy ≥3.</p>	<p>rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-400 j.m/kg m. c., na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>4) efanezoktokog alfa: 50 j.m/kg m.c. raz na tydzień Dawkowanie może zostać ustalone indywidualnie przez lekarza prowadzącego.</p> <p>5) emicizumab: zalecana dawka nasycająca (tydzień 1 – 4): 3 mg/ kg m. c. raz na tydzień; zalecana dawka podtrzymująca (od 5. tygodnia): 1,5 mg/kg m. c. raz na tydzień lub 3 mg/kg m. c. raz na 2 tygodnie lub 6 mg/kg m. c. raz na 4 tygodnie. Schemat leczenia dawkami podtrzymującymi należy wybrać na podstawie preferencji lekarza prowadzącego i pacjenta/opiekuna, z myślą o jak najlepszym przestrzeganiu schematu leczenia.</p> <p>3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego, zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu:</p> <p>3.1. Dawkowanie czynnika VIII:</p>	<p>2.3. Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT); 2) ocena aktywności czynników krzepnięcia VIII i IX (w hemofilii A – czynnika VIII, w hemofilii B – czynnika IX); w zależności od sytuacji klinicznej powyższe badanie należy wykonać w razie braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce oraz w innych uzasadnionych sytuacjach (np. przed zabiegami i procedurami inwazyjnymi lub po zmianie produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny) <ul style="list-style-type: none"> - w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogennego; - w przypadku leczenia efanezoktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę koagulacyjną jednostopniową z zastosowaniem odpowiedniego odczynnika do pomiaru APTT; - w przypadku leczenia emicizumabem do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę chromogenną. <p>2.4. Oznaczanie inhibitora (nie dotyczy pacjentów otrzymujących profilaktykę z zastosowaniem emicizumabu)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdym 10 przetoczeniach; 2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy; 3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny; 4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w
---	--	---

<p>3. Objęcie programem wywoływania tolerancji immunologicznej wszystkich pacjentów z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania powyżej 6 miesięcy od momentu wykrycia).</p> <p>Finansowanie realizacji wywoływania tolerancji immunologicznej odbywa się poprzez realizację stosownych umów z podmiotami odpowiedzialnymi. Wymóg zawarcia przedmiotowych umów jest zapisywany w specyfikacji przetargowej.</p> <p>Decyzja o rodzaju i dawce leku oraz czasie terapii stosowanej w ramach modułu wywołania indukcji tolerancji immunologicznej jest podejmowana przez Zespół Koordynacyjny, zgodnie ze standardem leczenia hemofilii powikłanej inhibitorem.</p> <p>Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18. roku życia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy) zakwalifikowani na podstawie decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B; 2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r. <p>4. Kryteria wyłączenia</p> <p>Stwierdzenie obecności inhibitora (krążącego antykoagulantu o</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c. <p>3.1.1 Dawkowanie efanezoktokogu alfa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zalecana pojedyncza dawka 50 j.m./kg 2) można rozważyć podanie dodatkowej dawki/dawek zgodnie z aktualną charakterystyką produktu leczniczego <p>Dawkowanie może zostać ustalone indywidualnie przez lekarza prowadzącego.</p> <p>1.2. Dawkowanie czynnika IX osoczopochodnego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co 12 godzin; 2) od drugiej do piątej doby: 40 do 60 j.m./ kg m. c., co 12 godzin; 3) szósta doba jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.; 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c. <p>1.3. Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX</p>	<p>dotychczasowej dawce.</p> <p>W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.</p> <p>W przypadku wykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane co miesiąc (możliwa jest zmiana częstotliwości oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego centrum leczenia hemofilii).</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

mianie powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy).

5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony):

- 1) stwierdzenie obecności nowo powstałego inhibitora (powyżej 5 B.U.) lub utrzymywanie się inhibitora w mianie niższym lub równym 5 B.U. przez ponad 6 miesięcy;
- 2) ukończenie 18 roku życia.

6. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

W przypadku braku skuteczności leczenia, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania leku, Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o jego zmianie w ramach programu lekowego.

rekombinowanego o przedłużonym działaniu:

- 1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin;
- 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
- 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.;
- 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.

1.4. Dawkowanie rekombinowanego czynnika krzepnięcia IX połączonego z rekombinowaną albuminą w leczeniu okołozabiegowym:

- 1) pierwsza dawka czynnika IX, 50-100 j.m. / kg mc. przed zabiegiem;
- 2) powtarzać przez pierwszy tydzień co 24-72 godz. w dawce 50-100 j/kg mc.;
- 3) trzecia dawka w dniu zdjęcia szwów, 50 - 80 j.m./ kg mc. (10 -14 doba).

Dawkowanie koncentratów czynnika krzepnięcia u pacjentów, u których stwierdzono utrzymywanie się inhibitora w mianie poniżej 5 B.U. oraz nieskuteczność leczenia w dotychczasowej dawce, może zostać ustalone indywidualnie przez Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B.

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI (ICD-10 D80, W TYM: D80.0, D80.1, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.8, D80.9; D81 W CAŁOŚCI; D82, W TYM: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9; D83, W TYM: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9; D89)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54); 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej.</p> <p>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości</p>	<p>1. Dawkowanie 1.1 Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin). 1.2 Kontynuacja leczenia wlewami w dawce do 0,6 g/kg m. c. w odstępach 3 do 5 tygodni. Modyfikacja dawki odpowiednio do udokumentowanego, osiągniętego ochronnego poziomu IgG w surowicy i stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne dodatkowe przetoczenia przy ciężkich infekcjach. W szczególnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 0,8 g/kg m.c.). W przypadku postaci farmaceutycznej do podań podskórnych preparat powinien umożliwić osiągnięcie stałego poziomu IgG. Świadczeniobiorca może wymagać podania dawki nasycającej co najmniej 0,2 do 0,5 g/kg m.c. w okresie tygodnia (0,1 do 0,15 g/kg masy ciała w okresie jednego dnia). Po osiągnięciu stałego poziomu skumulowanej dawki miesięcznej rzędu 0,3 do 1,0 g/kg m.c. należy oznaczyć stężenia minimalne w celu dostosowania dawek i odstępu pomiędzy dawkami. Dawkowanie preparatów gammaglobulin do podawania podskórnego: Podskórne preparaty gammaglobulin wydawane są do domu przez placówki realizujące program lekowy. Świadczeniobiorca samodzielnie lub z pomocą podaje je przez pompę infuzyjną nie częściej niż 1 raz w tygodniu. Zależnie od stanu pacjenta i poziomu IgG w surowicy system podawania może być modyfikowany w ten sposób, że podanie leku</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie subpopulacji limfocytów; 5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał; 6) proteinogram; 7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów; 8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych; 9) badanie składowych dopełniacza; 10) test stymulacji limfocytów. W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia 2.1 Immunoglobuliny dożylnie Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:</p>

<p>na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu. Towarzyszący niedoborowi IgG niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA wymaga leczenia w ośrodku z oddziałem intensywnej terapii.</p>	<p>następuje 1 raz na 7 – 14 dni. Sumaryczna miesięczna dawka odpowiada dawkom preparatów dożylnych.</p> <p>Preparat immunoglobuliny ludzkiej do podawania podskórnego z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy (Ig+rHuPH20): Dawka 0,4-0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 2 do 4 tygodni. W początkowym okresie leczenia odstępy między pierwszymi infuzjami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie. Skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.</p> <p>Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin.</p> <p>W przypadku pacjentów zmieniających leczenie bezpośrednio z immunoglobuliny podawanej dożylnie bądź pacjentów, którzy wcześniej przyjmowali immunoglobulinę dożylnie w udokumentowanych dawkach, produkt leczniczy należy podawać w tej samej dawce i z tą samą częstotliwością jak przy wcześniejszym leczeniu immunoglobuliną dożylną.</p> <p>W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórną, początkowa dawka produktu leczniczego zawierającego immunoglobulinę ludzką z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy powinna być taka sama jak w dotychczasowym leczeniu podskórnym, jednak może być dostosowana do 3- lub 4- tygodniowych odstępów między kolejnymi dawkami. Pierwszą infuzję ww. produktu leczniczego należy wykonać tydzień po ostatnim podaniu uprzednio stosowanej immunoglobuliny.</p> <p>Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG 2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCiG podaje personel medyczny 3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCiG podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego 4) Wizyty piąta i szóstą (opcjonalnie): SCiG administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod 	<p>a) morfologia krwi z rozmazem, b) AIAT, c) AspAT, d) poziom IgG w surowicy.</p> <p>Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin); w przypadku braku komplikacji raz na pół roku: - oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.</p> <p>W przypadku wskazań dodatkowo: a) IgA w surowicy krwi, b) IgM w surowicy krwi.</p> <p>Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej.</p> <p>Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań: a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi. b) IgA w surowicy krwi, c) IgM w surowicy krwi, d) USG jamy brzusznej.</p> <p>2.2 Immunoglobuliny podskórne Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy: a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał), b) morfologia krwi z rozmazem, c) AIAT, d) AspAT.</p> <p>Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej.</p> <p>Raz na rok: - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV).</p> <p>O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia</p>
---	---	---

	<p>nadzorem personelu medycznego</p> <ol style="list-style-type: none">5) Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania pompy strzykawkowej, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia6) Pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucyjnie przekraczający 3 miesiące	<p>w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej.</p>
--	---	---

LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI (ICD-10 E 22.8) LUB ZAGRAŻAJĄCEJ PATOLOGICZNEJ NISKOROSŁOŚCI NA SKUTEK SZYBKO POSTĘPUJĄCEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO (ICD-10 E 30.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) przedwczesne dojrzewanie płciowe typu ośrodkowego u dzieci (objawy dojrzewania płciowego u dziewcząt poniżej 8 roku życia, u chłopców poniżej 10 roku życia) ustalone na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych oraz badania klinicznego;</p> <p>2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego;</p> <p>2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat;</p> <p>3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).</p>	<p>1. Dawkowanie triptoreliny</p> <p>U dzieci o masie ciała mniejszej niż 20 kg zazwyczaj podaje się domięśniowo połowę zawartości ampułki 3,75 mg co 28 dni. U dzieci o masie ciała przekraczającej 20 kg zazwyczaj podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG); 2) stężenie estradiolu; 3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu; 4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu; 5) stężenie testosteronu; 6) test stymulacji wydzielania LH i FSH; 7) stężenie luteotropiny; 8) stężenie folikulotropiny; 9) stężenie prolaktyny; 10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródreżcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego; 12) USG miednicy małej i nadnerczy; 13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego; 14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka; 15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.

		<p>1. Monitorowanie leczenia</p> <p>Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania:</p> <ol style="list-style-type: none">1) LH;2) FSH;3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla. <p>Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródreżcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATOTROPINOWĄ NIEDOCZYNNOSCIĄ PRZYSADKI (ICD-10: E23)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku stanów zagrożenia życia w następstwie trudnych do opanowania, nawracających stanów hipoglikemii u noworodków lub niemowląt, świadczeniobiorca kwalifikowany jest do terapii niezwłocznie po jego zgłoszeniu.</p> <p>W programie lekowym finansuje się leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niewydolnością przysadki substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Somatotropinum</i>; 2. <i>Somatrogon</i>. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nawracające stany hipoglikemii w okresie niemowlęcym i/lub ponimowlęcym (po wykluczeniu częstych przyczyn hipoglikemii oraz wykluczeniu hiperinsulinizmu wrodzonego i pierwotnego niedoboru glikokortykosteroidów), szczególnie u dzieci ze współistniejącymi wadami linii pośrodkowej ciała, przede wszystkim w obrębie twarzo-czaszki; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich (nie dotyczy dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki (WNP) oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu (SNP) oraz dzieci, 	<p>1. Dawkowanie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień.1 2) Somatrogon podawany 1 x tydzień w iniekcjach podskórnych, zalecana dawka: 0,66 mg/kg; <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualnymi ChPL odpowiednich leku.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) u niemowląt i dzieci w okresie ponimowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: <ol style="list-style-type: none"> a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, b) USG przeziemiączkowe lub obrazowanie OUN za pomocą MRI lub TK z kontrastem, c) co najmniej 5 – krotny pomiar stężenia hormonu wzrostu, optymalnie we śnie (stężenia GH ≥ 10 ng/ml nie stanowią przy tym podstawy do odstąpienia od terapii hormonem wzrostu), d) stężenie IGF-I i IGFBP3, (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków), e) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, f) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 3) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera; 4) stężenia hormonu wzrostu w dwóch niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu;

u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub poniemowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych);

- 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;
- 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.);
- 5) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu, a w przypadku dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu jednego testu, (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia, a test insulinowy po ukończeniu 5 roku życia);
- 6) wiek 3 lata i powyżej w przypadku terapii Somatrogenem;

Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy przyjęciu terapii spełniały kryteria kwalifikacji do programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) złuszczenie głowy kości udowej;
- 2) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 3) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok;

- 5) stężenie IGF-1 i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków; (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków);
- 6) RTG śródreżca i nadgarstka ręki niedominującej, z bliższą przynasadą kości przedramienia;
- 7) MRI lub TK z kontrastem OUN, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy podwzgórzowo-przysadkowej;
- 8) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na⁺ i Ca⁺⁺ całkowitego i zjonizowanego);
- 9) morfologia krwi, z rozmazem;
- 10) ocena przemian węglowodanowych: stężenie glukozy na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii;
- 11) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu;
- 12) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT;
- 13) ocena czynności tarczycy: TSH, ft4, ft3;
- 14) stężenie kortyzolu w godzinach rannych i wieczornych;
- 15) stężenie 25OH wit. D;
- 16) p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA;
- 17) konsultacja okulistyka, z oceną dna oka;
- 18) test stymulacji wydzielania gonadotropin (w uzasadnionych przypadkach);
- 19) konsultacja hematoonkologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych;
- 20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede

- 4) osiągnięcie wieku kostnego:
 - a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,
 - b) powyżej 16 lat przez chłopca.
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego lub Zespołu koordynacyjnego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzebranie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów;
- 8) o wyłączeniu z programu lekowego z powodu braku skuteczności proponowanej terapii, objawów niepożądanych lub powikłań, lekarz prowadzący każdorazowo informuje Zespół Koordynacyjny, na podstawie dokonywanych co 6 miesięcy (± 7 dni) wpisów do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych dostępnego za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej terapii, uwzględniając przede wszystkim:
 - a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała w przypadku niemowląt;
 - b) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI u pozostałych dzieci;
 - c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków);

4. Kryteria czasowego wyłączenia z programu

wszystkim z powodu uprzednich procesów rozrostowych w obrębie OUN;

- 21) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb, np. etiologii SNP/WNP.

Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Po 90 dniach od rozpoczęcia terapii:

- 1) niemowlęta i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii:
 - a) ocena czy ustąpiły stany hipoglikemii,
 - b) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała,
 - c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki),
 - d) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, odsetek glikowanej hemoglobiny (HbA1c),
 - e) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;
- 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;
- 3) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym

<ol style="list-style-type: none">1) utrzymywanie się ponadnormatywnych stężeń IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki hormonu wzrostu;2) objawy pseudo – tumor cerebri (do wykluczenia organicznych uwarunkowań stwierdzanych objawów);3) źle wyrównana cukrzyca.		<p>działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki);</p> <ol style="list-style-type: none">4) glikemia na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c);5) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;6) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera. <p>2.2. Co 180 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;2) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera;3) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1C lub co 365 dni test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;4) pomiar stężenia TSH i fT4;5) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki);6) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. <p>2.3. Co 365 dni:</p> <ol style="list-style-type: none">1) RTG śródreżcza i nadgarstka ręki niedominującej z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);2) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na⁺ i Ca⁺⁺ całkowitego i zjonizowanego);
---	--	--

- 3) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu;
- 4) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT;
- 5) stężenie 25(OH) wit. D (w uzasadnionych przypadkach);
- 6) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka (w uzasadnionych przypadkach);
- 7) morfologia krwi z rozmazem;
- 8) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb.

2.4. Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu promującej wzrastanie:

- 1) co najmniej miesiąc po zakończeniu terapii test stymulacji wydzielania GH insuliną lub innym powszechnie uznanym stymulatorem sekrecji tego hormonu (5 lub więcej pomiarów stężeń GH) przed przekazaniem świadczeniobiorców pod opiekę jednostki endokrynologicznej zajmującej się leczeniem osób dorosłych w przypadku stężeń hormonu wzrostu <3 ng/ml).

Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Zespół Koordynacyjny lub lekarz prowadzący co 6 miesięcy (± 7 dni), na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie:

- 1) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała w przypadku niemowląt;

- 2) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI u pozostałych dzieci;
- 3) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków);
- 4) działania niepożądane i bezpieczeństwo stosowania.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE NISKOROSŁYCHDZIECI Z CIĘŻKIM PIERWOTNYM NIEDOBREM IGF-1 (ICD-10 E 34.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Świadczeniobiorców do programu kwalifikuje, według standardów diagnozowania pacjentów z ciężkim pierwotnym niedoborem insulinopodobnego czynnika wzrostu-1, Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich; 2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku; 3) prawidłowe stężenie GH (w teście krótkiego nocnego wyrzutu tego hormonu - co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu, w uzasadnionych przypadkach poszerzone o wykonanie dwóch testów stymulacji sekrecji tego hormonu); 4) wykluczenie innych, aniżeli ciężki pierwotny niedobór IGF-1, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, choroby wątroby, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn; 6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP₃; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}; 6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT₄; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na⁺); 8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródreżca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP₃; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

<p>wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii; 2) złuszczenia głowy kości udowej; 3) pseudo-tumor cerebri; 4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej; 5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia; 6) niezadawalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok; 7) osiągnięcie wieku kostnego: <ol style="list-style-type: none"> a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca. 		<p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}. <p>2.2 Co 90 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi. <p>2.3 Co 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia TSH; 2) pomiar stężenia fT₄; 3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na⁺); 4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c} lub co 365 dni 5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii <p>2.5 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 3) RTG śródreżcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co
--	--	--

		<p>3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Leczenie następujących niedoborów enzymatycznych: beta-syntazy cystationiny (CBS), reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolianu (MTHFR) oraz niektórych zaburzeń metabolizmu kofaktora kobalaminy (cbl C,D,E,F,G):</p> <p>1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B₁₂ i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B₁₂ lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów;</p> <p>2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B₆ (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1 Zalecana dawka dobową betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g.</p> <p>Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g.</p> <p>W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę.</p> <p>1.2 U dzieci w wieku poniżej 10 lat zwykle skuteczne jest dawkowanie 100 mg/kg mc/dobę w 2 dawkach podzielonych; zwiększenie dawkowania ponad 2 razy na dobę lub zwiększenie wielkości dawki ponad 150 mg/kg mc/dobę nie jest zalecane, bo nie zwiększa skuteczności leczenia.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B₁₂ i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokarnityn metodą MS/MS; 7) MRI OUN; 8) konsultacja neurologiczna; 9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia); 11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przeżył lansektomii). <p>2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B₁₂, kwasu foliowego, witaminy 25OHD₃ we krwi; 5) poziom Ca, PO₄³⁻, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B₆;
3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia:

- 1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę;
- 2) pozytywny wynik testu z witaminą B₆ - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB₆-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy;
- 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS);
- 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;
- 5) ciąża lub karmienie piersią.

- 8) konsultacja neurologiczna;
- 9) konsultacja dietetyczna.

W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEDO (ICD-10: E74.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>alglukozydazą alfa</i>; 2) <i>awalglukozydazą alfa</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia <i>alglukozydazą alfa</i> lub <i>awalglukozydazą alfa</i> kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) diagnoza choroby Pompego na podstawie udokumentowanego braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym. 2) klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) lub nieklasyczna postać (późna, late-onset) choroby Pompego, 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Alglukozydazą alfa</p> <p>Zalecana dawka wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie.</p> <p>1.2. Awalglukozydazą alfa</p> <p>Dawka maksymalna wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie.</p> <p>Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Postać klasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry – potwierdzone badaniem molekularnym; 2) ocena miana CRIM (<i>cross-reactive immunological material</i>) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT); 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) aktywność CK, CK-MB; 7) gazometria; 8) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby; 9) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna;

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Zamiana enzymatycznej terapii zastępczej

Dopuszcza się zamianę enzymatycznej terapii zastępczej w przypadku:

1) wystąpienia objawów niepożądanych zagrażających życiu i niemożności prowadzenia dalszej terapii

albo

2) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię i Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, po ocenie parametrów układu oddechowego, czynności mięśni lub parametrów kardiologicznych zmiana taka może przynieść korzyść terapeutyczną dla pacjenta – na tej podstawie możliwa jest jednorazowa zamiana leczenia, z możliwością powrotu do leczenia pierwotnego.

- przy czym taka zamiana nie zmienia linii leczenia.

Znaczna progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia

15) konsultacja neurologiczna;

16) konsultacja kardiologiczna.

1.2. Postać nieklasyczna choroby

1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry- potwierdzone badaniem molekularnym;

2) morfologia krwi z rozmazem;

3) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);

4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP;

5) stężenie CK, CK-MB;

6) gazometria;

7) USG jamy brzusznej;

8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy);

9) pomiary antropometryczne masy i wysokości ciała;

10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;

11) EKG;

12) USG serca;

13) RTG klatki piersiowej;

14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej);

15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);

16) konsultacja laryngologiczna;

17) badanie audiometryczne;

18) badanie okulistyczne;

19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa);

20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);

umożliwiającego leczenie w programie, które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą albo laktacją i które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

4. Kryteria wyłączenia

- 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;
- 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy;
- 3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 5) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

- 21) konsultacja kardiologiczna;
- 22) konsultacja psychologiczna;
- 23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);
- 24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel.

2. Monitorowanie leczenia

Okresowej oceny skuteczności terapii oraz stanu pacjenta dokonuje lekarz niez zaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego.

Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii).

2.1. Co 180 dni:

2.1.1. Postać klasyczna choroby

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;
- 3) stężenie CK, CK-MB;
- 4) gazometria;
- 5) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);
- 6) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała;
- 7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
- 8) EKG;
- 9) USG serca;
- 10) USG jamy brzusznej;
- 11) RTG klatki piersiowej;
- 12) konsultacja neurologiczna;
- 13) konsultacja kardiologiczna;

		<p>14) konsultacja pulmonologiczna.</p> <p>2.1.2. Postać nieklasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none">1) morfologia krwi z rozmazem;2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;3) stężenie CK, CK-MB;4) gazometria;5) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);6) pomiary antropometryczne;7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;8) EKG;9) USG serca10) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);11) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);12) konsultacja kardiologiczna. <p>2.2. Co 365 dni:</p> <p>2.2.1. Postać klasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny). <p>2.2.2. Postać nieklasyczna choroby</p> <ol style="list-style-type: none">1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny);
--	--	---

- 2) konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie RTG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa);
- 3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel;
- 4) konsultacja pulmonologiczna;
- 5) RTG klatki piersiowej;
- 6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia).

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punktach 2.1. oraz 2.2.;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III (ICD-10 E 75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W ramach programu udostępnia się terapię:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>imiglucerazą</i> 2) <i>welaglucerazą</i> 3) <i>eliglustatem</i> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym; 2) objawowa postać choroby; 	<p>1. Enzymatyczna terapia zastępcza</p> <p>Rozpoczęcie enzymatycznej terapii zastępczej u pacjentów z łagodnym fenotypem choroby powinno być poprzedzone omówieniem korzyści z terapii i potencjalnego ryzyka jej wprowadzenia. Sugeruje się stosowanie minimalnej skutecznej dawki leku. Dawka może być zmodyfikowana indywidualnie dla każdego pacjenta w oparciu o osiągnięte i utrzymane cele terapeutyczne.</p> <p>1.1. Imigluceraza</p> <p>Dawka imiglucerazy wynosi 15-60 U/kg m.c. i jest podawana co 14 \pm3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych.</p> <p>1.2. Welagluceraza alfa</p> <p>Dawka welaglucerazy wynosi 15-60 U/kg m.c. i jest podawana co 14 \pm3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych.</p> <p>2. Terapia redukcji substratu</p> <p>2.1. Eliglustat</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia eliglustatem należy</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych); 2) oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłącznie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem); 3) morfologia krwi pełna z rozmazem; 4) układ krzepnięcia: APTT, INR; 5) próby wątrobowe: ALT, AST; 6) oznaczenie poziomu witaminy D, B12, E; 7) oznaczenie poziomu cholesterolu całkowitego, LDL, HDL; 8) oznaczenie aktywności chitotriozydazy; 9) oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1; 10) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów); 11) pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 12) badanie densytometryczne kości (DXA); 13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego)

<p>3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.</p> <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</p> <p>1.2.1. imiglucerażą</p> <p>1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I lub III;</p> <p>1.2.2. welaglucerażą</p> <p>1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I;</p> <p>1.2.3. eliglustatem</p> <p>1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I;</p> <p>2) wiek \geq 18 lat;</p> <p>3) potwierdzenie słabego (PM), średniego (IM) lub szybkiego (EM) metabolizmu z udziałem izoenzymu CYP2D6.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni imiglucerażą albo welaglucerażą albo eliglustatem w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia umożliwiającego leczenie w programie, pacjentki które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą lub laktacją i które w momencie</p>	<p>określić metabolizm z udziałem izoenzymu CYP2D6.</p> <p>U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę.</p> <p>U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) z udziałem izoenzymu CYP2D6 zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę.</p> <p>W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć przepisana dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów.</p> <p>W przypadku zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) podanie pierwszej dawki eliglustatu powinno nastąpić dzień po podaniu ostatniego wlewu dożylnego ETZ.</p> <p>W przypadku zmiany z eliglustatu na ETZ podanie pierwszego wlewu dożylnego powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni po podaniu ostatniej dawki eliglustatu.</p>	<p>lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych);</p> <p>14) EKG, a w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc);</p> <p>15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>16) RTG płuc;</p> <p>17) konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);</p> <p>18) konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>19) EEG (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>20) konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>21) spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia);</p> <p>22) ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Co 180 dni:</p> <p>1) morfologia krwi pełna z rozmazem;</p> <p>2) układ krzepnięcia: APTT, INR;</p> <p>3) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów);</p> <p>4) oznaczenie aktywności chitotriozydazy;</p> <p>5) ocena miana przeciwciał przeciwko imiglucerazie lub welaglucerazie (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarazadkich);</p> <p>2.2. Co 365 dni:</p> <p>1) oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1;</p>
---	--	---

wyłaczenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia lub chorzy wyłączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria zmiany leku

3.1. Kryteria zmiany leczenia imigluceraży na welaglucerażę alfa oraz welaglucerażę alfa na imiglucerażę

Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gauchera typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imigluceraży albo welagluceraży alfa mogą przejść na terapię imiglucerażą albo welaglucerażą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania.

3.2. Kryteria zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) na eliglustat:

- 1) nadwrażliwość na ETZ;
- 2) inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ).

3.3. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą:

W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń.

- 1) nadwrażliwość na eliglustat;
- 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;
- 3) ciąża;

- 2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem);
- 3) RTG płuc;
- 4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym);
- 5) pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania);
- 6) badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich;
- 7) konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);
- 8) konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);
- 9) konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach);
- 10) spirometria (w uzasadnionych przypadkach);
- 11) ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody; opcjonalnie).

Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą

- 4) laktacja;
- 5) okresowe stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w charakterystyce produktu leczniczego typami metabolizmu i/lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.

4. Kryteria wyłączenia

- 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;
- 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia;
- 3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) okres ciąży lub karmienia piersią – dotyczy terapii eliglustatem;
- 5) wystąpienie nadwrażliwości na zastosowany lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności leczenia: *aktywność chitotriozydazy, poziom biomarkera Lyso-GB1, poziom hemoglobiny, liczba płytek krwi*;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia 1) ciąża lub laktacja;</p>	<p>1. Dawkowanie Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym.</p> <p>Początkowa prędkość infuzji wynosi 2 j./kg m.c./h. Prędkość infuzji można stopniowo zwiększać, co 15 minut, przy dobrej tolerancji leku, aż do maksymalnej prędkości 43 j./kg m.c./h</p> <p>Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin.</p> <p>Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu.</p> <p>Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem; 3) ocena miana przeciwciał przeciwko α-L-iduronidazie (nie jest badaniem obowiązkowym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa; 12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 14) EKG; 15) USG układu sercowo-naczyniowego; 16) konsultacja laryngologiczna; 17) badanie audiometryczne; 18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów; 19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka; 20) konsultacja neurologiczna; 21) konsultacja kardiologiczna;

<ol style="list-style-type: none"> 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę; 3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu); 5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu. 		<ol style="list-style-type: none"> 22) test 3/6 minutowego marszu; 23) pomiary antropometryczne; 24) badanie spirometryczne układu oddechowego; 25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 Raz na 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie fosfatazy alkalicznej; 4) test 3/6 minutowego marszu. <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>2.2 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni); 2) stężenie witaminy E i D; 3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych); 5) pomiary antropometryczne; 6) EKG; 7) USG serca; 8) konsultacja kardiologiczna; 9) konsultacja laryngologiczna;
---	--	--

- 10) badanie audiometryczne;
- 11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów;
- 12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach);
- 13) konsultacja neurologiczna;
- 14) badanie spirometryczne układu oddechowego;
- 15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej;
- 16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;
- 17) test 3/6 minutowego marszu;
- 18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;
- 19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE PACJENTÓW Z MUKOPOLISACHARYDOZĄ TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) (ICD-10 E 76.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p><i>1) idursulfazą</i></p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mukopolisacharydoza typu II (MPS II) zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sulfataza iduronianu podawana jest w dawce 0,5 mg/kg masy ciała, co tydzień, w postaci dożylnego wlewu, trwającego ok. 3 godzin, który może być stopniowo skracany do 1 godziny, jeśli nie występują reakcje niepożądane związane z jego podaniem.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie molekularne w kierunku mukopolisacharydozy typu II; 2) układ krzepnięcia; 3) gazometria; 4) oznaczenie: AST, ALT, CK, bilirubina; 5) wydalanie glikozaminoglikanów z moczem; 6) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 7) parametry życiowe; 8) pomiary antropometryczne; 9) elektroencefalografia EEG; 10) elektrokardiografia EKG; 11) echokardiografia; 12) RTG klatki piersiowej; 13) USG jamy brzusznej; 14) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa; 15) RTG kręgosłupa; 16) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);

- 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni idursulfazą w ramach innego sposobu finansowania terapii**, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;
- 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia;
- 3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób

- 17) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);
- 18) badanie audiometryczne;
- 19) badanie ortopedyczne, z oceną ruchomości stawów;
- 20) badanie okulistyczne;
- 21) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;
- 22) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;
- 23) test 3/6 minutowego marszu;
- 24) test SF36.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Badania wykonywane co 6 miesięcy:

- 1) układ krzepnięcia;
- 2) gazometria;
- 3) oznaczenie: AST, ALT, CK, bilirubina;
- 4) wydalanie glikozaminoglikanów z moczem;
- 5) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);
- 6) ocena parametrów życiowych;
- 7) pomiary antropometryczne;
- 8) elektroencefalografia EEG;
- 9) elektrokardiografia EKG;
- 10) echokardiografia;
- 11) USG jamy brzusznej;
- 12) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);

<p>Ultrazadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>13) badanie ortopedyczne, z oceną ruchomości stawów;</p> <p>14) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;</p> <p>15) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;</p> <p>16) test 3/6 minutowego marszu;</p> <p>17) test SF36.</p> <p>2.2. Badania wykonywane co 12 miesięcy:</p> <p>1) RTG klatki piersiowej;</p> <p>2) RTG kręgosłupa;</p> <p>3) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza);</p> <p>4) badanie audiometryczne;</p> <p>5) badanie okulistyczne, z oceną dna oka;</p> <p>6) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG).</p> <p>Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych,</p>
--	--	--

		<p>dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii tj.: <i>wynik badania psychologicznego (określenie ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci)</i> oraz <i>wynik w teście 3/6 minutowego marszu</i>;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie następującymi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>tobramycyną</i>, 2) <i>lewofloksacyną</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</p> <p>1.1. tobramycyną - pacjentów z przewlekłym zakażeniem płuc wywołanym przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 6 lat i powyżej, 2) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>; <p>1.2. lewofloksacyną - pacjentów z przewlekłym zakażeniem płuc wywołanym przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej, 2) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, 3) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej, 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Tobramycyna</p> <p>Dawka tobramycyny dla dorosłego i dzieci w wieku od 6 lat to zawartość jednego pojemnika (300 mg) dwa razy na dobę (rano i wieczorem) przez 28 dni.</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin.</p> <p>Po 28 dniach leczenia tobramycyną, preparat należy odstawić na okres następnych 28 dni. Należy przestrzegać 28-dniowych naprzemiennych cykli aktywnego leczenia z 28-dniową przerwą w leczeniu (28 dni leczenia na przemian z 28-dniowymi przerwami w podawaniu leku).</p> <p>1.2. Lewofloksacyna</p> <p>Zalecana dawka lewofloksacyny to 240 mg (jedna ampulka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1.1. tobramycyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia kreatyniny; 2) oznaczenie stężenia mocznika; 3) badanie mikrobiologiczne potwierdzające wrażliwość <i>Pseudomonas aeruginosa</i> na tobramycynę; 4) badanie RTG lub TK lub MRI klatki piersiowej; 5) badanie audiometrii. <p>1.2. lewofloksacyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia kreatyniny; 2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych <i>Pseudomonas aeruginosa</i>; 3) badanie EKG; 4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. tobramycyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny;

<p>4) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej.</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria szczegółowe (1.1. albo 1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3 albo cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia, 2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia, 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego, 	<p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<ol style="list-style-type: none"> b) oznaczenie stężenia mocznika; c) badanie mikrobiologiczne; d) badanie spirometryczne; e) badanie audiometrii. <p>2.2. lewofloksacyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii). 2) Badania przeprowadzane raz w roku lub częściej w przypadku wskazań klinicznych (+/- 8 tygodni; jeśli badania były wykonywane wcześniej, np. podczas hospitalizacji czy wizyty kontrolnej nie ma potrzeby ich powtarzania): <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny; b) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi; c) badanie spirometryczne; d) badanie EKG. <p>Po każdym 48 tygodniach leczenia tobramycyną oraz po roku leczenia lewofloksacyną (+/- 8 tygodni) należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności w odniesieniu do parametrów zmierzonych przed rozpoczęciem leczenia.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Wskaźniki efektywności mierzone po każdym 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni) dla leczenia tobramycyną:</p>
--	---	--

<p>5) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm³ na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny albo 28 dni przed pierwszym podaniem lewofloksacyny;</p> <p>6) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej;</p> <p>7) dodatkowo w przypadku terapii lewofloksacyną:</p> <p>a) zakażenie wirusem HIV lub przewlekłe aktywne zapalenie wątroby wtórne do zapalenia wątroby typu B i/lub C,</p> <p>b) okres ciąży lub karmienia piersią.</p>		<p>a) funkcja płuc oceniana na podstawie zmiany wartości FEV1%, FVC%;</p> <p>b) liczba zaostrzeń objawów płucnych;</p> <p>c) ocena mikrobiologiczna posiewów z dróg oddechowych/plwociny wraz z oceną wrażliwości na antybiotyki wyizolowanych bakterii;</p> <p>d) krwioplucie.</p> <p>Wskaźniki efektywności mierzone po każdym roku leczenia (+/- 8 tygodni) dla leczenia lewofloksacyną:</p> <p>a) funkcja płuc oceniana na podstawie zmiany wartości FEV1%, FVC;</p> <p>b) liczba zaostrzeń objawów płucnych;</p> <p>c) ocena mikrobiologiczna posiewów z dróg oddechowych/plwociny wraz z oceną wrażliwości na antybiotyki wyizolowanych bakterii;</p> <p>d) krwioplucie.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2;</p>
--	--	--

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY (ICD-10 G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 24.8, G 51.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5.</p> <p>1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:</p> <p>a) w kręczu karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia: badanie TK lub MRI głowy, poziom miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej,</p> <p>b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),</p> <p>c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy,</p> <p>d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne,</p> <p>e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi,</p> <p>f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne;</p> <p>2) Wykluczenie miastonii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)</p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.;</p> <p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;</p> <p>c) Połowiczny kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;</p> <p>d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.;</p> <p>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.</p> <p>1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)</p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) Poziom miedzi;</p> <p>2) Poziom ceruloplazminy;</p> <p>3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji);</p> <p>4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej;</p> <p>5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Ocena skuteczności poprzedniej iniekcji w skali GCI: od -3 do +3 (-3, -2, -1,0 +1, +2, +3). Podanie pod kontrolą USG lub EMG w uzasadnionych przypadkach.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p>

<p>3) Brak objawów uogólnionego zakażenia;</p> <p>4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania;</p> <p>5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, jednakże maksymalnie 4 razy w okresie roku.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku;</p> <p>2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników w leku;</p> <p>3) Powstanie oporności na lek;</p> <p>4) Stwierdzenie miastonii lub zespołu miastenicznego;</p> <p>5) Objawy uogólnionego zakażenia;</p> <p>6) Zapalenie okolicy miejsca podania;</p> <p>7) Cięża;</p> <p>8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).</p>	<p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;</p> <p>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;</p> <p>d) Dystonia kraniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.;</p> <p>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.</p> <p>1.3. Botulinum A toxin a 100 j. (Xeomin)</p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</p> <p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko;</p> <p>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.;</p> <p>d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.</p>	<p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	---	---

LECZENIE CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE (ICD-10: G35)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie stwardnienia rozсіяnego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia: fumaran dimetylu, interferon beta-1a, interferon beta-1b, kladrybina, octan glatirameru, ofatumumab, okrelizumab i.v., okrelizumab s.c., ozanimod, peginterferon beta-1a, ponesimod, teryflunomid, ublituksymab; postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia: alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., natalizumab s.c., okrelizumab i.v.; szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS): alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., natalizumab s.c.; postać pierwotnie postępująca (PPMS): okrelizumab i.v.; postać wtórnie postępująca (SPMS): interferon beta-1b, siponimod. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia fumaranem dimetylu, interferonem beta-1a, octanem glatirameru, ofatumumabem, okrelizumabem s.c., ozanimodem, peginterferonem beta-1a, ponesimodem, teryflunomidem, ublituksymabem, kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie</p>	<p>1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie</p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu alemtuzumabem, fingolimodem, fumaranem dimetylu, interferonem beta-1a, interferonem beta-1b, kladrybiną, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., octanem glatirameru, ofatumumabem, okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, peginterferonem beta-1a, ponesimodem, siponimodem, teryflunomidem, ublituksymabem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> badania biochemiczne w tym oceniające: <ol style="list-style-type: none"> funkcje nerek, funkcje wątroby, funkcje tarczycy; badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu; morfologia krwi z rozmazem; dla postaci rzutowo-remisyjnej oraz wtórnie postępującej rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.); dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu i.v.): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12

<p>kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10.</p> <p>Do leczenia alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,4,8,9 albo 1,5,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10.</p> <p>Do leczenia natalizumabem s.c. kwalifikowani są dorośli pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1, 4, 8, 9, 11 albo 1, 5, 8, 9, 11 albo pacjenci spełniający kryterium 10.</p> <p>Do leczenia okrelizumabem i.v. kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,4,8,9 albo 1,6,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10.</p> <p>Do leczenia kładrybiną kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,4,8,9 albo 1,5,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10.</p> <p>Do leczenia interferonem beta-1b kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,7,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10.</p> <p>Do leczenia siponimodem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,7,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 2) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 3) stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie; 4) pacjenci, u których stwierdzono nieskuteczność leczenia fumaranem dimetylu lub interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub kładrybiną w ramach I linii leczenia lub octanem 		<p>miesiący od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku);</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) test ciążyowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 8) badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 9) częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu; 10) konsultacja kardiologiczna u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca (betablokery, werapamil, digoksyna, leki cholinolityczne, pilokarpina itp.) oraz u pacjentów z wywiadem w kierunku zaburzeń rytmu i przewodzenia, niewydolności serca, omdleń kardiogennych, lub innej znaczącej choroby serca - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 11) konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kładrybiny, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu; 14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anti-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu iv. lub natalizumabu s.c. 15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu, lub kładrybiny;
---	--	---

<p>glatirameru lub ofatumumabem lub okrelizumabem i.v. w ramach I linii leczenia lub okrelizumabem s.c. lub ozanimodem lub peginterferonem beta-1a lub ponesimodem lub teryflunomidem lub ublituksymabem definiowaną jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2;</p> <p>5) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt a oraz pkt b):</p> <p>a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność,</p> <p>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego:</p> <ul style="list-style-type: none">– co najmniej jedna nowa zmiana GD (+)lub– co najmniej dwie nowe zmiany w sekwencji T2; <p>6) rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia tj. spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c):</p> <p>a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5;</p> <p>b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego:</p> <ul style="list-style-type: none">– mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji $\leq 5,0$lub– mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji $>5,0$, <p>c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI):</p>		<p>16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c., ofatumumabu, ublituksymabu;</p> <p>17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu;</p> <p>18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c.;</p> <p>19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c.;</p> <p>20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem:</p> <ul style="list-style-type: none">a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9,b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem; <p>Jeżeli jest konieczne to pacjenci włączeni do leczenia powinni zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem” i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej.</p> <p>2. Inicjacja leczenia</p> <p>W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, ponesimodem, siponimodem, ublituksymabem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>
---	--	--

- przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub
 - przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2;
- 7) rozpoznanie aktywnej postaci wtórnie postępującego stwardnienia rozsianego definiowanej jako aktywność kliniczna lub radiologiczna w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz
- a) EDSS od 3,0 do 6,5 punktów,
 - b) udokumentowana progresja EDSS niezwiązana z rzutem wynosząca co najmniej 1 punkt w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS < 6.0 lub co najmniej 0,5 punktu w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS \geq 6.0 odnotowaną w ciągu ostatnich 24 miesięcy;
- 8) wiek pacjenta:
- a) brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta lub octanem glatirameru,
 - b) od 10 roku życia dla terapii teryflunomidem lub fingolimodem,
 - c) wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu, natalizumabem i.v., peginterferonem beta-1a,
 - d) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii alemtuzumabem, kladrybiną, natalizumabem s.c., ofatumumabem, okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, ponesimodem, siponimodem, ublituksymabem,
 - e) pacjentów poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów lub neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM oraz pod warunkiem przekazania opiekunom chorych/chorym kwalifikowanym do terapii pisemnej informacji na temat aktualnego stanu wiedzy na temat

3. Monitorowanie leczenia

- 1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 - 6 miesięcy (zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego);
- 2) postać rzutowo remisyjna - rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego);
(dopuszcza się odstępianie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży);
- 3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca - rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia wg decyzji lekarza prowadzącego;
- 4) w trakcie leczenia należy wykonywać badania laboratoryjne zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych;
- 5) monitorowanie leczenia **siponimodem**:
 - a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych,
 - b) konsultacja okulistyczna 3 -4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku płamki, a następnie nie rzadziej niż raz w roku,
 - c) konsultacja okulistyczna w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia siponimodem,
 - d) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące,
 - e) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,
 - f) konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia,

bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie;

9) brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Leczniczych:

– stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Stosowanie leczenia w ciąży jest możliwe po przekazaniu pacjentce pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku;

10) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:

a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia,

b) pacjentów uprzednio leczonych danym lekiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu,

c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

6) monitorowanie leczenia **fangolimodem**:

a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych,

b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące,

c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,

d) test ciążyowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,

e) konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulistyczna jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fangolimodem,

f) konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia,

g) rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego.

7) monitorowanie leczenia **natalizumabem i.v.** lub **natalizumabem s.c.**:

a) badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych,

b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,

c) test ciążyowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,

d) w przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN (neuronopatia

11) nietolerancja leczenia natalizumabem i.v. (w postaci dożyłnej) z powodu zapalenia żył po wlewach dożylnych lub z powodu trudnego dostępu do żył.

2. Zamiana leków

Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.

1) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków fumaran dimetylu, interferon beta-1a, interferon beta-1b, kladrybina, octan glatirameru, ofatumumab, okrelizumab i.v., okrelizumab s.c., ozanimod, peginterferon beta-1a, ponesimod, teryflunomid, ublituksymab na inny lek z tej grupy w przypadku:

a) wystąpienia objawów niepożądanych

albo

b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI

albo

c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu)

albo

d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta;

2) Przy stosowaniu kladrybiny w ramach I linii po zakończeniu dwóch cykli leczenia okres obserwacji w kolejnych latach trwa bez konieczności stosowania terapii wobec czego zmiana terapii możliwa jest

a) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI

komórek ziarniczych) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu,

e) powtarzanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV co 6 miesięcy,

f) u pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN (ostra martwica siatkówki). W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c.

g) u pacjentów z wyższym ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą:

– pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anty-JCV oraz stosujący leczenie natalizumabem od ponad 2 lat oraz wcześniej stosujący leki immunosupresyjne)

lub

– pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anty-JCV, leczeni natalizumabem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku $\leq 0,9$ i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata.

8) monitorowanie leczenia **alemtuzumabem**:

a) morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy, aktywność aminotransferaz i badanie moczu z

<p>albo</p> <p>b) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu);</p> <p>3) w ramach II linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków w alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., okrelizumab i.v. na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego</p> <p>albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>4) w ramach leczenia szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zamiany leków alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v. na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego</p> <p>albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>5) u pacjentów leczonych natalizumabem i.v., którzy nie tolerują leczenia w formie dożylniej (zapalenia żył po wlewach dożylnych lub trudny dostęp do żył) dopuszcza się zmianę na natalizumab s.c.</p> <p>6) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach II linii leczenia dopuszcza się zmianę leczenia na alemtuzumab lub fingolimod lub kladrybinę lub okrelizumab i.v. w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na</p>		<p>mikroskopową oceną osadu, co miesiąc (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych),</p> <p>b) stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych),</p> <p>c) u pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV,</p> <p>d) badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem,</p> <p>e) przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wirerii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej.</p> <p>9) monitorowanie leczenia okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c. lub ublituksymabem:</p> <p>a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku,</p> <p>b) badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku,</p> <p>c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku,</p> <p>d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku;</p> <p>10) monitorowanie leczenia kladrybiną:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm³, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm³,</p> <p>b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku,</p>
--	--	--

<p>bezpieczeństwo chorego albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>7) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zmianę leczenia na alemtuzumab lub fingolimod lub kladrybinę w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>8) w ramach leczenia wtórnym postępującej postaci SM (SPMS) dopuszcza się zamianę leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo</p> <p>b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia;</p> <p>9) z powodu planowanej lub potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią możliwa jest czasowa zmiana terapii na interferon beta lub octan glatirameru z możliwością powrotu do wcześniej stosowanej terapii po zakończonej ciąży albo jej planowaniu albo karmieniu;</p> <p>10) pacjentom leczonym alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, okrelizumabu s.c.,</p>		<p>c) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>d) badanie funkcji nerek i wątroby - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>e) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>f) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>g) wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia),</p> <p>h) MRI - zalecane raz na rok.</p> <p>Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuację leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami</p>
--	--	---

ozanimodu, ponesimodu, peginterferonu beta-1a, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta.

11) pacjentom leczonym okrelizumabem i.v. w ramach II linii leczenia umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, ozanimodu peginterferonu beta-1a, ponesimodu, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta.

12) pacjentom leczonym kladrybiną w ramach II linii leczenia lub w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, okrelizumabu s.c., ozanimodu peginterferonu beta-1a, ponesimodu, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta.

13) w przypadku leczenia okrelizumabem i.v lub okrelizumabem s.c. w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać alemtuzumab lub fingolimod lub natalizumab i.v. lub kladrybinę (jeżeli dotychczas nie była stosowana).

14) w przypadku leczenia kladrybiną w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać alemtuzumab lub fingolimod lub natalizumab i.v. lub okrelizumab i.v. (jeżeli dotychczas nie był stosowany).

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;

opublikowanymi przez NFZ.

- 2) spełnienie kryteriów braku skuteczności leczenia zawartych w pkt 4 lub wyczerpanie dostępnych opcji terapeutycznych w ramach programu lekowego
- 3) w przypadku postaci rzutowo - remisyjnej:
 - a) przejście w postać wtórnie postępującą przy czym możliwa jest kontynuacja leczenia w programie pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do leczenia siponimodem lub interferonem beta 1b w ramach SPMS;
 - b) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 7,0 (w trakcie remisji);
- 4) w przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

4. Określenie czasu leczenia w programie

Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia.

U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy.

Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby zależy od decyzji lekarza.

Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem i.v. oraz natalizumabem s.c.

Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby.

Przy stosowaniu kładrybiny w tabletkach, pełna ocena skuteczności

powinna być przeprowadzona po podaniu całkowitej dawki leku, czyli po dwóch cyklach leczenia. Jednak w przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu leczenia kladrybiną w tabletkach pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć wcześniejszą zmianę leczenia. Okres obserwacji dla kladrybiny w tabletkach w kolejnych latach trwa do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia.

W przypadku postaci rzutowo - remisyjnej (RRMS) brak skuteczności leczenia lekami I linii leczenia (fumaraniem dimetylu lub interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub kladrybiną lub octanem glatirameru lub ofatumumabem lub okrelizumabem i.v, lub okrelizumabem s.c. lub ozanimodem lub peginterferonem beta-1a lub ponesimodem lub teryflunomidem lub ublituksymabem) uzasadniający zmianę leczenia na leki stosowane w II linii definiowany jest jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2.

Za brak skuteczności leczenia lekami II linii leczenia (alemtuzumabem lub fingolimodem lub kladrybiną lub natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c. lub okrelizumabem i.v. (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej)) uzasadniający zmianę bądź zakończenie leczenia, przyjmuje się przejście w postać wtórnie postępującą SM albo wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów:

1) liczba i ciężkość rzutów:

a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami

lub

b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia;

2) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu

neurologicznego o co najmniej:

a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,

b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;

3) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdym 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:

a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),

b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.

Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem i.v. (w przypadku postaci pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych:

1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy;

2) EDSS powyżej 8,0.

W przypadku leczenia postaci wtórnie postępującej (SPMS) za brak skuteczności leczenia siponimodem lub interferonem beta-1b przyjmuje się jedno z poniższych:

1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt. w ciągu 12 miesięcy;

2) EDSS powyżej 8,0.

5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie

Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów braku skuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej

kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.

Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.

LECZENIE PACJENTÓW PEDIATRYCZNYCH ZE SPASTYCZNOŚCIĄ KOŃCZYN Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD-10: I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>toxinumbotulinum</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) dzieci od 2 roku życia;</p> <p>2) pacjenci:</p> <p>a) po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala,</p> <p>lub</p> <p>b) po przebytych urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala,</p> <p>lub</p> <p>c) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35),</p> <p>lub</p> <p>d) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80),</p> <p>lub</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Maksymalne dawkowanie:</p> <p>1) Botox:</p> <p>a) dawkowanie na sesję: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne 8 j./kg mc. lub 300 j. – w zależności, która dawka jest niższa (tylko jedna kończyna górna – 6 j./kg mc., tylko jedna kończyna dolna – 8 j./kg mc. lub 300 j. – w zależności, która dawka jest niższa),</p> <p>albo</p> <p>b) maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j./kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.</p> <p>2) Dysport:</p> <p>a) dawkowanie na sesję: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne 30 j./kg mc. lub 1000</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badanie neurologiczne:</p> <p>a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS,</p> <p>b) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;</p> <p>2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR ≤ 2,5).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku lub wg decyzji lekarza prowadzącego ale nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy.</p> <p>Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się:</p> <p>1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku;</p>

<p>e) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83).</p> <p>3) pacjenci z potwierdzoną spastycznością:</p> <p>a) kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – $MAS \geq 2$) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</p> <p>lub</p> <p>b) kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – $MAS \geq 2$) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</p> <p>4) brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Pacjenci leczeni toksyną botulinową poddawani są indywidualnej rehabilitacji ruchowej zgodnej z określonymi celami leczenia funkcjonalnego w okresie poprzedzającym i następującym po podaniu leku.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Maksymalnie finansuje się 4 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</p> <p>Po ukończeniu 18 lat pacjenci mogą kontynuować leczenie w programie lekowym B.57.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p>	<p>j. – w zależności, która dawka jest niższa (tylko jedna kończyna górna – 21 j./kg mc. lub 840 j. – w zależności, która dawka jest niższa, tylko jedna kończyna dolna – 30 j./kg mc. lub 1000 j. – w zależności, która dawka jest niższa).</p> <p>Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 4 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</p> <p>Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii (USG).</p>	<p>2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale);</p> <p>3) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością.</p> <p>W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia:</p> <p>a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS,</p> <p>b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale),</p> <p>z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	---	--

1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku.

Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych;

2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;

3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;

5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;

6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia;

8) ciąża lub karmienie piersią.

Załącznik B.31.

LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA OGÓLNE	
Kryteria włączenia	1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg aktualnej klasyfikacji towarzystw naukowych ESC, ERS, AEPC); 2) udokumentowany aktualnie lub w przeszłości brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów) lub niezadawalający skutek lub nietolerancja przewlekłego leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów); wymóg przeprowadzenia ostrego testu wazoreaktywności dotyczy pacjentów z idiopatycznym, polekowym lub dziedzicznym tętniczym nadciśnieniem płucnym; 3) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria włączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych. Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie, chyba że w opisie programu wskazane jest inaczej.
Czas leczenia	Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.
Kryteria wyłączenia	1) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii lub okresowej kontroli jej skuteczności; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku; 3) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi które wskazują konieczność zmiany terapii na inną (w obrębie lub poza programem leczenia TNP); 4) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria wyłączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych.
Ocena klasy czynnościowej	Oceny klasy czynnościowej należy dokonywać zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opublikowaną w Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Za równorzędną należy uznać klasyfikację New York Heart Association (NYHA).
Zalecenia	U miesiączkujących dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym należy zalecać stosowanie skutecznej metody antykoncepcji.

WYKAZ SKRÓTÓW

NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia	ChPL	Charakterystyka produktu leczniczego
AsPAT	Aminotransferaza asparginowa	TNP	Tętnicze nadciśnienie płucne
AIAT	Aminotransferaza alaninowa	WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
BNP/ NT-proBNP	Peptyd natriuretyczny typu B/N-końcowy fragment proBNP	ESC	European Society of Cardiology
ERS	European Respiratory Society	AEPC	Association for European Pediatric Cardiology

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA SZCZEGÓLWE

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><u>A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat)</u></p> <p>IA. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)</p> <p>1. Bosentan</p> <p>1.1. Kryteria włączenia</p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa.</p> <p>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</p> <p>2. Sildenafil</p> <p>2.1. Kryteria włączenia</p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa lub</p> <p>2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera.</p> <p>2.2. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii;</p> <p>2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni;</p> <p>3) zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni;</p> <p>4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;</p>	<p><u>A. Leczenie TNP u dorosłych</u></p> <p>1. Dawkowanie bosentanu</p> <p>1.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p>2. Dawkowanie iloprostu</p> <p>2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p>3. Dawkowanie treprostinilu</p> <p>3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <p>1) stanu pacjenta;</p> <p>2) odpowiedzi na leczenie;</p> <p>3) tolerancji leczenia.</p> <p>3.2. Zwiększenie dawki powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>3.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Badania nieinwazyjne:</p> <p>1) ocena klasy czynnościowej</p> <p>2) test 6-minutowego marszu –</p> <p>a) badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory</p> <p>b) w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania;</p> <p>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności),</p> <p>4) badanie echokardiograficzne.</p> <p>1.2. Badania inwazyjne</p> <p>1.2.1. Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:</p> <p>1) ciśnienia zaklinowania;</p> <p>2) naczyniowego oporu płucnego;</p> <p>3) pojemności minutowej;</p> <p>4) saturacji mieszanej krwi żyłnej</p> <p>i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia.</p>

<p>5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybiczych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;</p> <p>6) retinitis pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętnicznej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);</p> <p>7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).</p>	<p>4. Dawkowanie sildenafilu</p> <p>4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.</p> <p>4.2. W przypadku progresji choroby udokumentowanej badaniami nieinwazyjnymi i cewnikowaniem prawego serca, zgodnie z opisem programu, istnieje możliwość zwiększenia dawki sildenafilu do maksymalnie 3 razy po 40 mg dziennie.</p>	<p>Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8-12 tygodni przed włączeniem do programu. Kryterium czasu nie jest wymagane u pacjentów <18 r.ż.</p>
<p>II. LECZENIE II RZUTU</p> <p>II.A. MONOTERAPIA</p> <p>1. Bosentan albo iloprost albo treprostynil</p> <p>1.1. Kryteria włączenia</p> <p>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</p> <p>lub</p> <p>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia.</p> <p>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <p>a) bosentan</p> <p>Co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL,</p> <p>b) iloprost</p> <p>1) ciężka choroba niedokrwienności serca lub niestabilna dławica piersiowa;</p> <p>2) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;</p> <p>3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP;</p> <p>4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;</p> <p>5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;</p>	<p>Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożliwości podania postaci stałej.</p> <p>5. Dawkowanie epoprostenolu</p> <p>5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. <p>5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.</p> <p>6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej</p> <p>6.1. Dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie;</p>	<p>1.2.2. W przypadku ciężkiego stanu pacjenta diagnostyczne cewnikowanie prawego serca można odłożyć do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej wyłącznie pod warunkiem, że było ono wykonane wcześniej i potwierdziło rozpoznanie TNP.</p> <p>1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości, b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii.</p>

<p>6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku.</p> <p>c) treprostinil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych; 2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh; 4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia; 5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym; 6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej; 7) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 8) nieleczona niewydolność serca; 9) ciężkie zaburzenia rytmu serca; 10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP. <p>2. Epoprostenol</p> <p>2.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia <p>lub</p>	<p>6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii.</p> <p>7. Dawkowanie riociguatu</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. <p>8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej</p> <p>8.1. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL (dawka dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta; może wynosić od 200 µg podawanych dwa razy na dobę do 1600 µg podawanych dwa razy na dobę. Zalecana dawka początkowa seleksypagu wynosi 200 µg dwa razy na dobę podawana w odstępie 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych).</p> <p>Opakowanie zawierające 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap niareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta.</p> <p>8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL.</p> <p>8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL.</p> <p>8.4. Dawka macytentanu zgodnie z ChPL.</p>	<p>W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków).</p> <p>Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.</p> <p>Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p>2.1. Badania nieinwazyjne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena klasy czynnościowej; 2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania); 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności); 4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań
--	---	---

<p>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.</p> <p>2.2. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca; 2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek; 3) laktacja; 4) inne przeciwwskazania określone w ChPL. <p>3. Riocyguat</p> <p>3.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) II lub III klasa czynnościowa; 2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe. <p>3.2. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5; 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh); 3) ciąża; 4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu); 5) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia; 6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mm Hg. <p>II.B. TERAPIA SKOJARZONA</p> <p>1. Macytentan z sildenafilem</p>	<p>9. Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p>10. Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p><u>B. Leczenie TNP u dzieci</u></p> <p>1. Leczenie bosentanem</p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę; 2) masa ciała od 20 do 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 31,25 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 62,5 mg dwa razy na dobę; 3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę. 	<p>podstawowych);</p> <p>– wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub w terminie wcześniejszym w zależności od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. Do podjęcia decyzji terapeutycznych mogą być użyte również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub pogorszenia stanu pacjenta. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.</p> <p>2.2. Badania inwazyjne</p> <p>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej; 2) jeżeli: <ol style="list-style-type: none"> a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami <p>lub</p>
--	---	---

<p>1.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej; 2) III klasa czynnościowa; 3) brak przeciwwskazań wymienionych w ChPL. <p>W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.</p> <p>1.2. Kryteria wyłączenia</p> <p>a) sildenafil – określono w punkcie A I.2.2,</p> <p>b) macytentan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym; 2) ciąża; 3) karmienie piersią; 4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby; 5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) > 3 razy niż wartość górnej granicy normy. <p>2. Riocyguat z bosentanem</p> <p>2.1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) III klasa czynnościowa; 2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej. 	<p>2. Leczenie sildenafilem</p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie; 2) masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie. <p>3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem</p> <p>Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. <p>Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>4. Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p>5. Leki stosowane w terapii II rzutu (bosentan, iloprost, treprostinil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p>	<p>b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne;</p> <p>3) co 12 - 36 miesięcy dla oceny dynamiki choroby.</p> <p>W każdym przypadku lekarz prowadzący może zdecydować o odłożeniu lub zrezygnowaniu z cewnikowania prawego serca, biorąc pod uwagę całokształt przebiegu choroby, realne możliwości modyfikacji leczenia w oparciu o wyniki cewnikowania, a także oceniane indywidualnie ryzyko powikłań z nim związanych.</p> <p>Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat oraz u pacjentów z zespołem Eisenmengera ani w celu monitorowania ani w celu zmiany sposobu leczenia.</p> <p>Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.</p> <p>Zmiana terapii w obrębie leczenia początkowego oraz zmiana terapii w ramach leczenia II rzutu nie wymaga cewnikowania prawego serca.</p> <p>W przypadku nietolerancji leczenia II rzutu możliwy jest powrót do terapii początkowej bez dodatkowej kwalifikacji pacjenta.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;
---	---	--

2.2. Kryteria wyłączenia:

- 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;
- 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh;
- 3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia;
- 4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A;
- 5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);
- 6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;
- 7) ciąża;
- 8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg.

Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu.

3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:

- a) bosentan
- b) sildenafil
- c) iloprost albo treprostynil albo epoprostenol.

3.1. Kryteria włączenia

- 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej

- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

lub

2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia

lub

3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu.

Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.

Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu.

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

3.2. Kryteria wyłączenia

- a) **bosentan** – określono w punkcie A I 1.2,
- b) **sildenafil** – określono w punkcie A I 2.2,
- c) **iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b,
- d) **treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c,
- e) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.

4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem

4.1. Kryteria włączenia

- 1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia;
- 2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL.

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

4.2. Kryteria wyłączenia

- 1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2,
- 2) **macytentan** - określono w punkcie II B 1.2.b,
- 3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2,
- 4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.

5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macytentanem)

5.1. Kryteria włączenia

- 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej;
- 2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia.

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

5.2. Kryteria wyłączenia

- 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego;
- 2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha);
- 3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa;
- 4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- 5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza;
- 6) Ciężkie arytmie;
- 7) Zdarzenia mózgowo-naczyniowe (np. przemijający napad niedokrwienny, udar) w ciągu ostatnich 3 miesięcy;

8) Wrodzone lub nabyte wady zastawkowe z klinicznie istotnymi zaburzeniami czynności serca nie związanymi z nadciśnieniem płucnym;

9) spełnione kryteria wyłączenia z terapii jednym z pozostałych dwóch stosowanych w terapii leków doustnych zgodnie z punktami A I 1.2 oraz A I 2.2 i II B 1.2.b.

W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych związanych z jednym z trzech zastosowanych w programie leków, istnieje możliwość kontynuowania programu na podstawie decyzji lekarza przy użyciu dwóch pozostałych leków.

Selexipag powinien być dołączany do skojarzonej terapii sildenafilem i bosentanem. Możliwe jest dodanie seleksypagu do skojarzonej terapii sildenafilem i macytentanem jeśli macytentan włączono zamiast bosentanu z powodu wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) które ustąpiło po jego odstawieniu oraz w przypadku gdy leczenie w schemacie seleksypag + sildenafil + bosentan było nieskuteczne lub w przypadku gdy dołączenie macytentanu do sildenafilu do terapii II rzutu wiązało się z poprawą kliniczną pacjenta ale nadal nie zostały osiągnięte cele terapeutyczne.

B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)

I LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)

1. Bosentan

1.1. Kryteria włączenia

1) III klasa czynnościowa.

1.2. Kryteria wyłączenia

1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);

2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby;

- 3) aktywność AspAT lub AlAT > 3 razy wartość górnej granicy normy (GGN) przed rozpoczęciem leczenia lub aktywność AspAT lub AlAT > 8 razy GGN w trakcie leczenia;
- 4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt;
- 5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL.

2. Sildenafil

2.1. Kryteria włączenia

- 1) I-III klasa czynnościowa.

2.2. Kryteria wyłączenia

- 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);
- 2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh);
- 3) jednoczesne stosowanie leków przeciwwirusowych, przeciwgrzybiczych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;
- 4) retinitis pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION).

II. LECZENIE II RZUTU

II.A. MONOTERAPIA

1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem

1.1. Kryteria włączenia

Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje.

II.B. TERAPIA SKOJARZONA

1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:

- a) bosentan,
- b) sildenafil,
- c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.

1.1. Kryteria włączenia

1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej

lub

2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia

lub

3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu.

Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

1.2. Kryteria wyłączenia

- a) **bosentan** – określono w punkcie B I 1.2;
- b) **sildenafil** – określono w punkcie B I 2.2;
- c) **iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b;
- d) **treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c;
- e) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.

C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB		
<u>PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT</u>		
<p>Leczenie pacjenta, który ukończył 18 rok życia i był wcześniej leczony w ramach programów lekowych w ośrodku pediatrycznym stanowi kontynuację udziału w programie i nie wymaga ponownej kwalifikacji.</p>		

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAŁĘŚNIEWSKIEGO – CROHNA (ICD-10: K50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie choroby Leśniowskiego–Crohna (ChL-C):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>infliksymab</i>; 2) <i>adalimumab</i>; 3) <i>wedolizumab</i>; 4) <i>ustekinumab</i>; 5) <i>upadacytynib</i>. <p>Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo adalimumabu albo wedolizumabu albo ustekinumabu albo upadacytynibu w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna.</p> <p>W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem w postaci dożylniej lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii infliksymabem w 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie infliksymabu, adalimumabu, wedolizumabu, ustekinumabu, upadacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej ChPL lub w aktualnych rekomendacjach ECCO lub PTG-E.</p> <p>2. Modyfikacje dawkowania</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub z aktualnymi rekomendacjami ECCO lub PTG-E.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) kreatynina; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) test Quantiferon; 8) antygen HBs; 9) przeciwciała anty HCV; 10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);

<p>postaci podskórnej lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem;</p> <p>2) ciężka lub umiarkowana, czynna postać ChL-C (wynik w skali PCDAI ≥ 30 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 lat albo wynik w skali CDAI >220 punktów u dorosłych pacjentów) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia</p> <p>lub</p> <p>pacjenci z ChL-C cechującą się wytworzeniem przetok okołodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby (leczenie wedolizumabem lub ustekinumabem lub upadacytynibem wyłącznie po wcześniejszym niepowodzeniu anty-TNF w tej grupie pacjentów)</p> <p>lub</p> <p>pacjenci po odcinkowej resekcji jelita z powodu ChL-C, u których badanie endoskopowe wykonane w ramach nadzoru wykazało zmiany zapalne w okolicy zespolenia (≥ 2 punktów w skali Rutgeerts) lub w innych odcinkach jelita, pomimo stosowanego leczenia immunosupresyjnego lub po przerwaniu leczenia immunosupresyjnego z powodu powikłań lub nietolerancji – wyłącznie w przypadku leczenia infliksymabem lub adalimumabem;</p> <p>3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>4) brak przeciwwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p>		<p>14) anty HbC total;</p> <p>15) określenie początkowej wartości wskaźnika CDAI u dorosłych albo PCDAI u dzieci i młodzieży;</p> <p>16) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia upadacytynibem.</p> <p>2. Monitorowanie terapii infliksymabem lub adalimumabem lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem</p> <p>1) po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej (w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologia krwi z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, AlAT i AspAT, dodatkowo w przypadku leczenia upadacytynibem wykonuje się oznaczenia stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci);</p> <p>2) w leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej (w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologię krwi z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów</p>
--	--	--

6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL lub z aktualnymi wytycznymi European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) lub Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) (jeśli dotyczy).

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo adalimumabem albo wedolizumabem albo ustekinumabem albo upadacytynibem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.

Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów.

1) infliksymab

- a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej),
- b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;

2) adalimumab

- a) terapia indukcyjna: 12 tygodni,
- b) leczenie podtrzymujące adalimumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji

obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, AlAT i AspAT oraz stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów (wyłącznie w przypadku upadacytynibu) oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni.

W celu optymalizacji leczenia biologicznego oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia, można wykonać oznaczenie poziomu leku biologicznego przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku.

Dodatkowo można wykonać oznaczenie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż dwa razy do roku w trakcie trwania leczenia.

Ponadto można wykonać ileokolonoskopię i/lub badanie techniką rezonansu magnetycznego ramach monitorowania skuteczności leczenia. Badanie wykonywane nie częściej niż raz do roku w trakcie wszystkich lat leczenia.

Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;

3) ustekinumab

- a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożyłnej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej),
- b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI;

4) wedolizumab

- a) terapia indukcyjna: 6 tygodni, z możliwością dodatkowego podania leku w 10 tygodniu w przypadku braku odpowiedzi na leczenie (terapia indukcyjna w formie infuzji dożyłnej),
- b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI;

5) upadacytynib

- a) terapia indukcyjna: 12 – 24 tygodni,
- b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI.

3. Zakończenie leczenia w programie

- 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów;

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.:

- odpowiedź na leczenie rozumiana jako stwierdzenie spadku aktywności CDAI o co najmniej 70 pkt oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów – ocena na koniec okresu leczenia indukcyjnego;
- remisja kliniczna rozumiana jako CDAI poniżej 150 pkt albo PCDAI < 30 punktów, przy jednoczesnym braku konieczności stosowania steroidów i braku leczenia chirurgicznego, w przypadku gdy oceniany lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;
- brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego;
- utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;

- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

- konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;
- wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt 3. *Monitorowanie skuteczności leczenia* dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazywane się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW (ICD-10: M05, M06, M08)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW (RZS)		
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>certolizumabem pegol</i>, 3) <i>etanerceptem</i>, 4) <i>golimumabem</i>, 5) <i>infliksymabem</i>, 6) <i>tocilizumabem</i>, 7) <i>rytuksymabem</i>, 8) <i>baricytynibem</i>, 9) <i>tofacytynibem</i>, 10) <i>upadacytynibem</i>, 11) <i>filgotynibem</i>, 12) <i>anakinrą</i>, 13) <i>kanakinumabem</i>. <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib, anakinrę i kanakinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) Zmiana postaci dożyłnej tocilizumabu albo infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. 3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w 	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości; 2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 3) obecność antygeny HBs; 4) przeciwciała anty-HBc; 5) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową; 6) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 7) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 8) EKG z opisem; 9) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą lub kanakinumabem - morfologia

<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS oraz, u których nastąpiło niepowodzenie terapii co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi, takimi jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz leki antymalaryczne, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej) lub po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej, która była zastosowana przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów z występowaniem czynników złej prognozy zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami EULAR oraz do terapii anakinrą albo kanakinumabem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem choroby Stilla z początkiem w wieku dorosłym (AOSD) po niepowodzeniu wcześniejszej terapii, w zależności od postaci klinicznej choroby, glikokortykosteroidami (GKS) lub co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami:</p> <p>a) z dużą aktywnością choroby, udokumentowaną w trakcie dwóch badań lekarskich w odstępie 1-3 miesięcy. Dużą aktywność choroby stwierdza się, gdy jest spełnione jedno z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wartość DAS 28 – większa niż 5,1 albo - wartość DAS – większa niż 3,7 albo - wartość SDAI – większa niż 26 <p>lub</p>	<p>skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.</p> <p>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib, anakinra i kanakinumab mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;</p> <p>10) oznaczenie płytek krwi (PLT);</p> <p>11) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p> <p>12) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>14) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>15) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>16) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>17) oznaczenie stężenia immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;</p> <p>18) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów – u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą lub</p>
--	--	---

<p>b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> - z RZS z wtórną amyloidozą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> - z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą albo kanakinumabem kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD). <p>2) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> - wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> - stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). <p>Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku, kiedy przyczyną odstawienia pierwszego i/lub drugiego leku z tej grupy u danego pacjenta były objawy nietolerancji i/lub działania niepożądane,</p>		<p>kanakinumabem – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów 2) oznaczenie płytek krwi (PLT); 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem <p>oraz</p> <p>obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności</p>
--	--	--

których w opinii lekarza prowadzącego na podstawie dostępnej wiedzy medycznej można uniknąć stosując inny lek z grupy inhibitorów TNF alfa.

b) rytuksymabem, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii inhibitorem TNF alfa po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

3) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).

2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać:

- 1) morfologię krwi;
- 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 7) oznaczenie stężenia immunoglobulin G i M w surowicy;

oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.

Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od każdego ponownego podania leku.

<p>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS);</p> <p>b) rytuksymabem, u których:</p> <p>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</p> <p>lub</p> <p>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</p> <p>Kwalifikacja do terapii tocilizumabem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>4) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:</p> <p>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</p> <p>lub</p> <p>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p>		<p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków w osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p>
--	--	---

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

5) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

6) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii baricytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

7) Do terapii upadacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii upadacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

8) Do terapii filgotynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii filgotynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej:

a) dwoma inhibitorami TNF alfa albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo kanakinumabem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane.

10) Do terapii kanakinumabem kwalifikują się także pacjenci z AOSD, poddani wcześniej leczeniu jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo rytuksymabem albo anakinrą zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane lub z uwagi na postać kliniczną AOSD nie jest wskazane.

11) W ramach programu lekowego u pacjentów RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu, filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną

odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.

12) W ramach programu lekowego u pacjentów z AOSD nie jest możliwe zastosowanie więcej niż jedenastu leków, w tym siedmiu leków biologicznych, baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu i filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.

13) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.

14) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.

15) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.

16) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym.

17) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.

18) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).

19) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.

20) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Czas leczenia w programie

1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) Nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem $DAS\ 28 \leq 5,1$ albo $DAS \leq 3,7$, albo $SDAI \leq 26$ lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry albo kanakinumabu znacznego zmniejszenia objawów układowych.

2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe.

Miernikiem niskiej aktywności choroby jest $DAS\ 28 \leq 3,2$ albo $DAS \leq 2,4$, albo $SDAI \leq 11$. Miernikiem remisji jest wartość $DAS\ 28 \leq 2,6$ albo $DAS \leq 1,6$, albo $SDAI \leq 3,3$ lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry albo kanakinumabu ustąpienia objawów układowych.

- 3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe.
- 4) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.
- 5) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą.
- 6) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL.
- 7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.
- 8) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.
- 9) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu, nastąpił wzrost wartości:
 - a) DAS 28 powyżej 3,2
 - albo
 - b) DAS powyżej 2,4
 - albo
 - c) SDAI powyżej 11.
- 3) Pacjent z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.
- 4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych.
- 5) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW (MIZS)

W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:

- 1) *adalimumabem*,
- 2) *etanerceptem*,
- 3) *sekukinumabem*,
- 4) *tocilizumabem w postaci dożyłnej*,
- 5) *anakinrą*,
- 6) *tofacytynibem*,
- 7) *kanakinumabem*.

zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

- 1) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożyłnej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:
 - a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB, lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo

1. Dawkowanie

1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożyłnej, anakinrę, tofacytynib i kanakinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.

2) Powyższe leki (z wyjątkiem sekukinumabu, który może być podawany z lub bez metotreksatu) należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.

W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożyłnej, anakinry, tofacytynibu i kanakinumabu z innym, wymienionym w programie klasycznym lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po

1. Badania przy kwalifikacji do programu

- 1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;
- 2) obecność antygenu HBs;
- 3) przeciwciała anty-HBc;
- 4) przeciwciała anty-HCV;
- 5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
- 6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);
- 7) EKG z opisem;
- 8) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożyłnej, anakinrą, tofacytynibem lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;
- 9) oznaczenie płytek krwi (PLT);
- 10) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 11) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
- 12) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 13) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 14) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

<p>b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub obiema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym</p> <p>albo</p> <p>c) MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka niepoddającym się leczeniu dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów.</p> <p>2) Do terapii tofacytynibem kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania:</p> <p>a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym</p> <p>albo</p> <p>b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co</p>	<p>uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>16) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylniej lub tofacytynibem.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (± 1 miesiąc):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylniej, anakinrą, tofacytynibem lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u
---	--	---

najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub oboma tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym

albo

c) młodzieńczego łuszczykowego zapalenia stawów zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgniętych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania.

3) Do terapii sekukinumabem kwalifikuje się pacjentów od 6 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania:

a) młodzieńczego łuszczykowego zapalenia stawów zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgniętych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co

pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylniej lub tofacytynibem

oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania

najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania

albo

b) zapalenia stawów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgnistych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania.

4) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożyłnej lub kanakinumabem) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem:

a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza

programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

albo

b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38°C, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące.

5) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa, sekukinumabem, tofacytynibem albo tocilizumabem w postaci dożyłnej w ramach programu lekowego, u których:

a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku

lub

b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego).

6) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej:

– dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem oraz kanakinumabem

lub

– tocilizumabem oraz kanakinumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ:

- i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub
- ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub
- iii. stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego).

7) Do terapii kanakinumabem kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani wcześniejszemu leczeniu inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożylniej lub anakinrą, u których:

- a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku
lub
- b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL
lub
- c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego).

8) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożylniej albo anakinrą albo tofacytynibem albo kanakinumabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.

- | | | |
|--|--|--|
| <p>9) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS.</p> <p>10) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p> <p>11) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p>12) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane.</p> <p>13) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.</p> <p>14) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie.</p> <p>15) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.</p> <p>16) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).</p> | | |
|--|--|--|

17) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.

18) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Czas leczenia w programie

- 1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (± 1 miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako:
 - a) poprawę o co najmniej 30% od wartości wyjściowych po 3 pierwszych miesiącach terapii według oceny Gianniniego – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami ze strony stawów,

<p>b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach (± 1 miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi.</p> <p>2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (± 1 miesiąc).</p> <p>3) Niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach (± 1 miesiąc) leczenia, a więc nieuzyskanie przynajmniej 50-procentowej poprawy w 3 z 6 następujących parametrów, przy jednoczesnym braku pogorszenia o 50% w więcej niż jednym z poniższych parametrów:</p> <ul style="list-style-type: none">a) liczba stawów z czynnym zapaleniem;b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości;c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS;d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS;e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ);f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP). <p>4) Utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub nawrót czynnych objawów układowych, w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc).</p> <p>5) U pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 1c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 1a) i 1b) oraz 4a) i 4b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (± 1 miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (± 1 miesiąc).</p> <p>6) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.</p>		
---	--	--

- 7) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą.
- 8) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL.
- 9) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.
- 10) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.
- 11) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 3. ppkt 3), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 3. ppkt 5), podawania substancji czynnej leku zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent z MIZS o początku uogólnionym włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.
- 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub ustąpienie objawów układowych.

4) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

--	--

LECZENIE CHORYCH Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>adalimumabem,</i> 2) <i>certolizumabem pegol,</i> 3) <i>etanerceptem,</i> 4) <i>golimumabem,</i> 5) <i>infliksymabem,</i> 6) <i>iksekizumabem,</i> 7) <i>sekukinabem,</i> 8) <i>tofacytynibem,</i> 9) <i>upadacytynibem,</i> 10) <i>ryzankizumabem,</i> 11) <i>guselkumabem,</i> 12) <i>bimekizumabem,</i> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytyni b, upadacytyni b, ryzankizumab, guselkumab i bimekizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA /ASAS. 2) Zmiana postaci doustnej infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego); 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;

<p>1) ustalone rozpoznanie ŁZS postawione na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:</p> <p>a) łuszczyca obecnie – 2 pkt albo dodatni wywiad w kierunku łuszczycy potwierdzony przez lekarza specjalistę – 1 pkt, albo udokumentowany dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy u krewnego pierwszego lub drugiego stopnia – 1 pkt,</p> <p>b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt,</p> <p>c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt,</p> <p>d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naporstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt,</p> <p>e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt;</p> <p>2) aktywna postać choroby:</p> <p>a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgnistych) – aktywna postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów:</p> <p>i. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:</p> <ul style="list-style-type: none"> – liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> – liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 	<p>Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.</p> <p>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowaniem leczenia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>11) obecność antygenu HBs;</p> <p>12) przeciwciała anty-HBc;</p> <p>13) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem;</p> <p>16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>17) EKG z opisem;</p> <p>18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis - u pacjentów z postacią osiową.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Po 3 miesiącach (\pm 1 miesiąc) i 6 miesiącach (\pm 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <p>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</p> <p>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p> <p>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p>
--	---	---

łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni

oraz

– ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta

oraz

– ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta

oraz

– ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm

albo

ii. wg DAS 28:

– wartość DAS 28 – większa niż 3,2

albo

iii. wg DAS:

– wartość DAS – większa niż 2,4.

U pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

– PASI większe niż 10

oraz

– DLQI większe niż 10

oraz

– BSA większe niż 10;

4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem;

8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS.

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa

Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 1 miesiąc):

1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;

2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);

4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajęta mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgniastych niż określono w pkt 1. ppkt 2)i;

b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS $\geq 2,1$ - określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm - określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza - eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm;

3) niezadowolająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS definiowana jako nieskuteczność leczenia:

a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA/ASAS, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej).

U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgniastych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma

6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem;

8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać

niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów;

- b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii;
- 4) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;
- 5) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 6) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;
- 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem

odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:

a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:

- po 3 miesiącach (\pm 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,
- po 6 miesiącach (\pm 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,

b) wg DAS 28 lub DAS:

- po 3 miesiącach (\pm 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika $DAS\ 28 \leq 5,1$ albo $DAS \leq 3,7$,
- po 6 miesiącach (\pm 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika $DAS\ 28 \leq 3,2$ albo $DAS \leq 2,4$;

2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:

- a) po 3 miesiącach (\pm 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,
- b) po 6 miesiącach (\pm 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$.

3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną

- 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:
 - a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą
 - lub
 - b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL
 - lub
 - c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków, w tym ośmiu leków biologicznych, tofacytynibu i upadacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane;
- 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;
- 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.

4. Czas leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;

2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1) dla postaci obwodowej oraz pkt 2. ppkt 2) dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii w ramach programu.

5. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

6. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego, tofacytynibu lub upadacytynibu, zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u

<p>którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;</p> <p>2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;</p> <p>3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.</p>		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWNIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10: M45)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>certolizumabem pegol</i>, 3) <i>etanerceptem</i>, 4) <i>golimumabem</i>, 5) <i>infliksymabem</i>, 6) <i>sekukinumabem</i>, 7) <i>iksekizumabem</i>, 8) <i>upadacytynibem</i>, 9) <i>tofacytynibem</i>, 10) <i>bimekizumabem</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib, tofacytynib i bimekizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. 2) Zmiana postaci dożylniej infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anti-HBc; 13) przeciwciała anti-HCV;

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

- 1) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroiliitis w badaniu RTG;
- 2) z aktywną postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie;
- 3) z niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia;
- 4) aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:
 - a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS $\geq 2,1$, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;
 - b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;
 - c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm;

3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych

Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

- 14) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
- 15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem;
- 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);
- 17) EKG z opisem;
- 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.

2. Monitorowanie leczenia

Po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

- 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;
- 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów

- 5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;
- 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;
- 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod

(lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem;

- 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK.

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa

Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 1 miesiąc):

- 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;
- 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem;
- 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

- 1) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia;
- 2) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$.

3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną

- 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:
 - a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocnicząlub
 - b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPLlub
 - c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż ośmiu

w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

leków, w tym sześciu leków biologicznych, upadacytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane;

- 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;
- 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.

4. Czas leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 2), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe;

- 3) pacjenci z sacroiliitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane.

5. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2. stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

6. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego i upadacytynibu lub tofacytynibu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;
- 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI U CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na niedokrwistość w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek udostępnia się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>darbepoetyną alfa</i>; 2) <i>epoetyną alfa</i>; 3) <i>roksadustatem</i>; <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn niż niewydolność nerek; 2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: <ol style="list-style-type: none"> a) poniżej 45 ml/min. - u pacjentów chorujących na cukrzycę; b) poniżej 30 ml/min. - u pozostałych pacjentów. 3) wiek: <ol style="list-style-type: none"> a) powyżej 1 roku życia – dla terapii <i>darbepoetyną alfa</i> i <i>epoetyną alfa</i>; b) powyżej 18 roku życia – dla terapii <i>roksadustatem</i>. 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lecniczego odpowiedniego leku.</p> <p>1.1. Dawkowanie darbepoetyny alfa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) okres uzyskania poprawy: <ol style="list-style-type: none"> a) 0,45 µg/kg mc., raz w tygodniu, dożylnie lub podskórnie lub b) 0,75 µg/ kg mc., raz na 2 tygodnie, podskórnie lub c) 1,5 µg/kg mc., raz w miesiącu, podskórnie – tylko dla dorosłych. 2) leczenie podtrzymujące: <ol style="list-style-type: none"> a) pojedyncze wstrzyknięcie raz na tydzień lub raz na 2 tygodnie lub raz w miesiącu (tylko u pacjentów dorosłych). 	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 2) badanie poziomu hematokrytu; 3) badanie wysycenia transferyny żelazem we krwi (TSAT); 4) oznaczenie wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR); 5) badanie stężenia białka C-reaktywnego we krwi (CRP) – nie dotyczy terapii roksadustatem. <p>2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 2) badanie poziomu hematokrytu. <p>Badania wykonuje się co 2 tygodnie po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki.</p> <p>Po osiągnięciu stabilnego, docelowego stężenia hemoglobiny powyższe badania wykonuje się raz w miesiącu.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i

<p>4) wykluczenie dializoterapii;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;</p> <p>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>W przypadku braku uzyskania klinicznie istotnego wzrostu stężenia hemoglobiny, nie należy kontynuować leczenia roksadustatem dłużej niż 24 tygodnie od rozpoczęcia terapii.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) konieczność dializoterapii świadczeniobiorcy;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p>	<p>U pacjentów otrzymujących darbepoetynę raz na 2 tygodnie, po uzyskaniu docelowego stężenia hemoglobiny, lek może być podawany podskórnym raz w miesiącu stosując dawkę początkową równą podwójnej dawce podawanej raz na 2 tygodnie.</p> <p>1.2. Dawkowanie epoetyny alfa</p> <p>1) faza wyrównania:</p> <p>a) dawka początkowa 50 j.m./kg, 3 razy w tygodniu;</p> <p>2) faza podtrzymująca:</p> <p>a) podanie dożylnie – 3 razy w tygodniu,</p> <p>b) podanie podskórne – raz w tygodniu lub raz na 2 tygodnie.</p> <p>Dawka ustalana indywidualnie w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.</p> <p>Maksymalnie:</p> <p>a) 150 j.m./kg, 3 razy w tygodniu,</p> <p>b) 240 j.m./kg (do maks. 20 000 j.m.) raz w tygodniu,</p> <p>c) 480 j.m./kg (do maks. 40 000 j.m.) raz na 2 tygodnie.</p> <p>1.3. Dawkowanie roksadustatu</p> <p>1) dawka początkowa:</p> <p>a) 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni:</p> <p>– masa ciała do 100 kg: 70 mg,</p> <p>– masa ciała powyżej 100 kg: 100 mg;</p> <p>2) dawka podtrzymująca:</p>	<p>każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
---	--	---

<p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego;</p> <p>7) schyłkowa niewydolność nerek;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>	<p>a) od 20 mg do 100 mg, 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni, w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.</p>	
--	--	--

Załącznik B.38.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKłą NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) (ICD-10 N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m²/min.;2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0;3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulich'a i Pyle;4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none">1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości;2) zaburzenia przemian węglowodanowych;3) choroba nowotworowa,4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiar stężenia IGF-1;2) badania densytometryczne;3) RTG stawów biodrowych. <p>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 Co 30 dni w 3 - 4 stadium choroby:</p> <ol style="list-style-type: none">1) stężenie parathormonu (intact PTH);2) fosfataza alkaliczna;3) proteinogram;4) stężenie glukozy we krwi;5) stężenie kreatyniny;6) stężenie mocznika;7) jonogram w surowicy krwi (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Ca zjonizowany⁺, P⁻);8) morfologia krwi z rozmazem;9) gazometria. <p>2.2 Co 90 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<ol style="list-style-type: none">a) konsultacja urologiczna,b) USG jamy brzusznej,2) konsultacja dietetyka;3) w 2 stadium choroby:

<p>lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat);</p> <p>5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.</p>		<ul style="list-style-type: none"> a) stężenie parathormonu (intact PTH), b) fosfataza alkaliczna, c) proteinogram, d) stężenie glukozy we krwi, e) stężenie kreatyniny, f) stężenie mocznika, g) jonogram w surowicy krwi (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Ca zjonizowany⁺, P⁻), h) morfologia krwi z rozmazem, i) gazometria. <p>2.3 Po 90 dniach</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) stężenie IGF-1. <p>2.9 Co 365 dni</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) stężenie triglicerydów; 2) stężenie całkowitego cholesterolu; 3) stężenie IGF-1; 4) RTG śródreźcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 5) w uzasadnionych przypadkach: <ul style="list-style-type: none"> a) badania densytometryczne, b) RTG stawów biodrowych, c) konsultacja okulistyczna, d) konsultacja ortopedyczna, e) cystouretografia, 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb: <ul style="list-style-type: none"> a) konsultacja ortopedyczna, b) RTG/USG stawów biodrowych, c) TK z kontrastem stawów biodrowych, 7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: <ul style="list-style-type: none"> a) badanie ogólne moczu, b) posiew moczu.
---	--	---

		<p>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO DIALIZAMI (ICD-10: N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wtórna nadczynność przytarczyc; 2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym m.in. farmakologiczną i laserową paratyreidektolizę) lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii); 3) stężenie iPTH > 500pg/ml; 4) długotrwałe leczenie dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem. <p>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p>1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu</p> <p>Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji.</p> <p>U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżyć wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.</p>	<p>1. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie iPTH – przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące; 2) stężenie wapnia w surowicy; 3) stężenie fosforu w surowicy; 4) iloczyn Ca x P w surowicy. <p>2. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);
- 2) przeszczepienie nerki;
- 3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;
- 4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10: P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Program lekowy dedykowany jest dla pacjentów w następujących populacjach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci neonatologiczni, 2) pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą do 1 roku życia, 3) pacjenci kardiologiczni do 2 roku życia, 4) pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni do 2 roku życia. <p>Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej lub pulmonologii dziecięcej w porozumieniu z odpowiednim konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.</p> <p>Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 września do 30 kwietnia.</p> <p>Immunizację paliwizumabem przeprowadza się maksymalnie w dwóch następujących po sobie sezonach immunizacji zgodnie z kryteriami poniżej.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Pacjenci neonatologiczni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak ukończenia szóstego miesiąca życia w momencie rozpoczęcia immunizacji, oraz spełnienie kryterium: <ol style="list-style-type: none"> a) wiek ciążowy 29 - 32 tygodni, lub 	<p>1. Dawkowanie paliwizumabu</p> <p>Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</p> <p>Lek podaje się we wstrzyknięciu domięśniowym, najlepiej w przednio-boczną część uda. Nie należy wybierać mięśnia pośladkowego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dysplazja oskrzelowo-płucna: kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej; 2) hemodynamicznie istotna wada serca: kliniczne potwierdzenie hemodynamicznie istotnej wady serca; 3) rdzeniowy zanik mięśni: kliniczne potwierdzenie rdzeniowego zaniku mięśni; 4) mukowiscydoza: kliniczne potwierdzenie mukowiscydozy. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Dzieci zakwalifikowane do leczenia paliwizumabem wymagają comiesięcznych wizyt w ośrodku realizującym program do końca sezonu zakażeń RSV celem oceny stanu ogólnego pacjenta (wywiad i badanie fizykalne) przed otrzymaniem kolejnej dawki leku.</p> <p>Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej oraz</p>

b) wiek ciążowy ≤ 35 tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g,

- 2) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz narodziny w wieku ciążowym ≤ 28 tygodni,
- 3) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie dysplazji oskrzelowo-płucnej.

1.2. Pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą:

- 1) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji.

1.3. Pacjenci kardiologiczni:

- 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie hemodynamicznie istotnej wady serca z:
 - a) jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego,
lub
 - b) umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym,
lub
 - c) sinicznymi wadami serca, z przeskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się $<90\%$.

1.4. Pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni:

- 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji.

Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki; liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.

pulmonologii dziecięcej nadzorują program korzystając z elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którym podano lek zawierający substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji immunizacji, o ile na dzień podania pierwszej dawki spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie mają przeciwwskazań do immunizacji oraz nie spełniają kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 września do 30 kwietnia) co miesiąc – 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakiegokolwiek ze składników występujących w preparacie,
- 2) przebiecie reakcji nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał,
- 3) brak zgody prawnych opiekunów na leczenie,
- 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony prawnych opiekunów.

Załącznik B.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym;2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia;3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców;4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów;7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiar stężenia IGF-1. <p>Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 Po 30 dniach</p> <ol style="list-style-type: none">1) konsultacja laryngologiczna. <p>2.2 Po 90 dniach</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiar stężenia IGF-1;2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb. <p>2.3 Co 90 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) konsultacja dietetyka;2) konsultacja rehabilitanta. <p>2.4 Co 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiar stężenia glukozy we krwi;2) pomiar stężenia TSH;3) pomiar stężenia fT4.4) jonogram w surowicy krwi. <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi.</p> <p>2.5 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none">1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u

<p>9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregośkolwiek z kryteriów wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą; 2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii; 3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego; 4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej); 5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów; 6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu. 		<p>dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb);</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: <ol style="list-style-type: none"> a) konsultacja kardiologiczna, b) USG serca, 3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego; 5) pomiar stężeń triglicerydów; 6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu; 7) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 8) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1c}); 10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 11) pomiar stężenia IGF-1; 12) konsultacja laryngologiczna; 13) konsultacja ortopedyczna; 14) RTG śródreżca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów); 16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu: <ol style="list-style-type: none"> a) konsultacja nefrologiczna, b) konsultacja urologiczna, c) USG jamy brzusznej,
---	--	--

- d) badanie ogólne i posiew moczu;
- 17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej:
 - a) konsultacja ortopedyczna,
 - b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;
- 18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:
 - a) konsultacja okulistyczna;
 - b) konsultacja neurologiczna;
 - c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).

Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE NISKOROSŁYCHDZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA(ZT) (ICD-10 Q96)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNIE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stygmaty Zespołu Turnera; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich; 3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau; 4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.); 6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego; 7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu. <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.</p>	<p>1. Dawkowanie Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1 Po 90 dniach</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia IGF-1. <p>2.2 Co 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1C} lub co 365 dni: 2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii. <p>2.3 Co 180 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT₄; 4) jonogram w surowicy krwi. <p>2.4 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia); 2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);

Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej;
- 2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri;
- 3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy;
- 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm;
- 6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych);
- 7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok;
- 8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.

- 3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego);
- 4) pomiar stężenia IGF-1;
- 5) RTG śródreczę z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);
- 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:
 - a) konsultacja ortopedyczna;
 - b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;
- 7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:
 - a) konsultacja okulistyczna;
 - b) konsultacja neurologiczna;
 - c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).

Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>omalizumabem</i>, 2) <i>mepolizumabem</i>, 3) <i>benralizumabem</i>, 4) <i>dupilumabem</i>, 5) <i>tezepelumabem</i>, <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>Do leczenia biologicznego w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaną astmą ciężką. Wybór leku zależy od fenotypu i endotypu choroby i powinien być poprzedzony pogłębioną diagnostyką różnicową. W ocenie ciężkości astmy i fenotypu choroby należy posługiwać się aktualnymi wytycznymi GINA.</p> <p>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</p> <p>1.1. Kryteria włączenia do programu</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <p>1.1.1. pacjenci powyżej 6 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat >400mcg lub innego 	<p>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</p> <p>Omalizumab podawany jest w dawce od 75 do 600 mg w 1 do 4 wstrzyknięć. Maksymalna zalecana dawka wynosi 600 mg omalizumabu przy schemacie dawkowania co 2 tygodnie.</p> <p>Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m/ml), oznaczanego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta (kg) należy odczytać z tabel dawkowania zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p>	<p>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 2) test <i>in vitro</i> (opcjonalnie); 3) pomiar masy ciała; 4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień); 6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 8) morfologia krwi i badania biochemiczne:

<p>wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</p> <p>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekłe; u dzieci w wieku 6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów;</p> <p>3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;</p> <p>4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności <i>in vitro</i> na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml;</p> <p>5) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:</p> <p>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),</p> <p>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,</p> <p>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,</p> <p>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),</p> <p>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ <5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat;</p> <p>6) masa ciała 20-150 kg;</p> <p>7) niepalenie tytoniu;</p> <p>8) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;</p>	<p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <p>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej</p> <p>1) mepolizumabem</p> <p>Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnym co 4 tygodnie.</p> <p>Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p>	<p>a) stężenie kreatyniny,</p> <p>b) stężenie mocznika,</p> <p>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</p> <p>d) stężenie AIAT,</p> <p>e) stężenie AspAT;</p> <p>9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>Ponadto przeprowadzana jest:</p> <p>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</p> <p>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</p> <p>1.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</p> <p>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</p> <p>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;</p> <p>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat;</p> <p>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.</p>
---	--	---

- 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;
- 12) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 13) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni omalizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

1.2. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia:
 - a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
 - b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.

2) benralizumabem

Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).

Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był \leq 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był $>$ 8 tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).

Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku

1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.

1.4. Monitorowanie leczenia

Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:

- 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie);
- 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;

- brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem),
- brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem),
- zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);

3) palenie tytoniu;

4) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;

7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

8) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

1.3. Określenie czasu leczenia w programie

pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.

3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem

Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku

4) morfologia krwi i badania biochemiczne:

- a) stężenie kreatyniny,
- b) stężenie mocznika,
- c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
- d) stężenie AIAT,
- e) stężenie AspAT;

5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem

2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:

- 1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;
- 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie):
 - a) stężenie kreatyniny,

<p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.</p> <p>W przypadku zajścia w ciążę leczenie omalizumabem zostaje zawieszona. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.</p> <p>U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.</p> <p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem, o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p> <p>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem</p> <p>2.1. Kryteria włączenia do programu</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <p>2.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie ≥ 350 komórek/μl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie <u>lub</u> ≥ 150 komórek/μl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥ 5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi $\geq 1,0$g (w przeliczeniu na prednizon)</p>	<p>pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <p>4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem</p> <p>Tezepelumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p>	<p>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</p> <p>c) stężenie AIAT,</p> <p>d) stężenie AspAT;</p> <p>3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);</p> <p>5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);</p> <p>6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.</p> <p>Ponadto przeprowadzana jest:</p> <p>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</p> <p>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</p> <p>2.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</p> <p>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</p> <p>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);</p>
--	--	---

<ol style="list-style-type: none"> 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF >30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ <5,0 punktów); 4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 	<p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. <p>2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. <p>2.4. Monitorowanie leczenia</p> <p>Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;
--	---	---

11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;

12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni mepolizumabem albo benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2.2. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 1. 2) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;
- 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
- 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem);

2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:

- a) stężenie kreatyniny,
- b) CRP,
- c) stężenie AIAT,
- d) stężenie AspAT;

3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);

4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);

5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem

3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:

- 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);

- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem);
- 6) palenie tytoniu;
- 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia;
- 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

2.3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego

- 2) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);
- 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);
- 5) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
- 6) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
 - a) stężenie kreatyniny,
 - b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
 - c) stężenie AIAT,
 - d) stężenie AspAT;
- 7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;
- 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.

Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie mepolizumabem lub benralizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem

3.1. Kryteria włączenia do programu:

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:

3.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili we krwi na poziomie ≥ 350 komórek/ μ l na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥ 150 komórek/ μ l, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥ 5 mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi $\geq 1,0$ g (w przeliczeniu na prednizon)

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β -2

3.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku – nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

3.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.

3.4. Monitorowanie leczenia:

Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej

adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);

- 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe;
- 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:
 - a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt),
 - b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,
 - c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,
 - d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),
 - e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów);
- 4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii;
- 5) niepalenie tytoniu;
- 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;
- 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;
- 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;
- 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz

terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:

- 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);
- 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
- 4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
 - a) stężenie kreatyniny,
 - b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
 - c) stężenie AIAT,
 - d) stężenie AspAT;
- 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem

prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;

12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.

albo

3.1.2. pacjenci powyżej 12 roku z ciężką, niekontrolowaną astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili w krwi na poziomie ≥ 150 komórek/mikrolitr na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie oraz z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE;

1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β -2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);

2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekłe;

3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;

4) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:

a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ $>1,5$ pkt),

b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,

c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,

4.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:

1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;

2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie):

a) stężenie kreatyniny;

b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);

c) stężenie AIAT;

d) stężenie AspAT;

3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;

4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);

5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);

6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.

Ponadto przeprowadzana jest:

1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;

- d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (nateżona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),
- e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5,0 punktów);
- 5) niepalenie tytoniu;
 - 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;
 - 7) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;
 - 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
 - 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
 - 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;
 - 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
 - 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

4.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:

- 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

4.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:

- 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;

3.2. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii dupilumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;
- 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
- 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem);
- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem);
- 6) palenie tytoniu;
- 7) w przypadku podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia;
- 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące.

4.4. Monitorowanie leczenia

Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:

- 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;
- 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
 - a) stężenie kreatyniny,
 - b) CRP,
 - c) stężenie AIAT,
 - d) stężenie AspAT;
- 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);
- 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu

12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

3.3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie dupilumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii dupilumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem

4.1. Kryteria włączenia do programu

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:

ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;

3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

5. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdego kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię

4.1.1. pacjenci powyżej 12. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą definiowaną przez:

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β -2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);
- 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe;
- 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:
 - a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),
 - b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,
 - c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,
 - d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),
 - e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów);
- 4) niepalenie tytoniu;
- 5) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;
- 6) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;

nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdego kolejnych 12 miesięcy.

6. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników w skuteczności poszczególnych terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;
- 10) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 11) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu,) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni tezepelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

4.2. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 4. 1. 2) w okresie leczenia tezepelumabem w liczbie równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii tezepelumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;
- 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
- 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem);

- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem);
- 6) palenie tytoniu;
- 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie tezepelumabem do momentu wyleczenia;
- 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

4.3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu

<p>podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.</p> <p>W przypadku zajęcia w ciążę leczenie tezepelumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.</p> <p>U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie tezepelumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.</p> <p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii tezepelumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p>		
---	--	--

LECZENIE CHORYCH Z UMIARKOWANĄ I CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10: L40.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>etanerceptem</i>, 3) <i>infliksymabem</i>, 4) <i>iksekizumabem</i>, 5) <i>sekukinumabem</i>, 6) <i>ustekinumabem</i>, 7) <i>ryzankizumabem</i>, 8) <i>guselkumabem</i>, 9) <i>certolizumabem pegol</i>, 10) <i>tyldrakizumabem</i>, 11) <i>bimekizumabem</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, ryzankizumab, guselkumab, certolizumab pegol, tyldrakizumab i bimekizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC 2) Zmiana postaci dożylniej infliksymabu na postać podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego. <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi; 2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 3) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 4) stężenie kreatyniny w surowicy; 5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 8) obecność antygenu HBs; 9) przeciwciała anty-HCV; 10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego). <p>2. Monitorowanie leczenia</p>

<p>1) pacjenci w wieku:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 18 lat i powyżej, lub b) 4 lat i powyżej – w przypadku do kwalifikacji do terapii adalimumabem, lub c) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem, ustekinumabem, iksekizumabem, sekukinumabem; <p>2) pacjenci z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej, którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego;</p> <p>3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) PASI większym niż 10, oraz b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz c) BSA większym niż 10; <p>4) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 4 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC.</p> <p>5) do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod</p>	<p>praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC.</p> <p>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię łuszczycy plackowatej danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>Po 2 miesiącach (\pm 30 dni) i 4 miesiącach (\pm 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) morfologię krwi; 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) stężenie kreatyniny w surowicy; 4) AspAT i AlAT; <p>oraz po 4 miesiącach (\pm 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5) oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA. <p>3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (\pm 30 dni):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) morfologię krwi; 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) stężenie kreatyniny w surowicy; 4) AspAT i AlAT; 5) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA. <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p>
---	--	---

warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie.

- 6) w przypadkach, w których zmiany łuszcycowe zajmują miejsca szczególne, takie jak skóra owłosiona głowy lub twarzy lub okolic narządów płciowych lub rąk lub stóp lub paznokci, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.
- 7) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) produktu leczniczego, którym odbywa się leczenie.
- 8) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.
- 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 11) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

- 1) po 4 miesiącach (\pm 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75%

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków w osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

lub

- 2) po 4 miesiącach (\pm 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów.

3. Kryteria i warunki zmiany terapii

- 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:

a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą,

lub

b) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL,

lub

c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;

- 2) w ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa;

- 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;

- 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.

4. Czas leczenia w programie

- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

5. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 2.;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy:
 - a) PASI większy niż 10,
oraz
 - b) BSA większy niż 10,
oraz
 - c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10,
- d) w przypadku kwalifikacji z powodu zajęcia miejsc szczególnych, kiedy pacjent nie spełniał kryteriów PASI większy niż 10 lub BSA większy niż 10 lekarz prowadzący ocenia brak/utratę odpowiedzi na leczenie;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

6. Kryteria ponownego włączenia do programu

Do programu może być ponownie włączony pacjent:

- 1) u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta;
- 2) u którego z przyczyn niemedycznych lub z powodu ciężki odstawiono leczenie, a następnie doszło do zaostrzenia choroby (PASI>10) i nie ma u niego przyczyn medycznych będących przeciwwskazaniem do stosowanego leczenia.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się tylko jedną linię leczenia podtrzymującego inhibitorem PARP niskozróznicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) olaparyb; 2) niraparyb; 3) rukaparyb; <p>oraz jedną linię leczenia (od II do IV linii) opornego na platynę, surowiczego, o wysokim stopniu złośliwości nabłonkowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancją:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mirwetuksymab sorawtanzyna. <p>W leczeniu nowo zdiagnozowanego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w monoterapii: <ol style="list-style-type: none"> a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2, albo b) niraparyb lub rukaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. olaparyb w monoterapii: maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg.</p> <p>1.2. niraparyb w monoterapii: maksymalna całkowita dawka dobową: 300 mg.</p> <p>1.3. rukaparyb w monoterapii: maksymalna całkowita dawka dobową: 1200 mg.</p> <p>Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią.</p> <p>1.4. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem: bewacyzumab - 15 mg/kg masy ciała dożylnie, rytm: co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie. Leczenie należy rozpocząć nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii.</p> <p>olaparyb - maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg. Leczenie należy rozpocząć nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenie schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia CA125; 8) badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych w

<p>2) w skojarzeniu:</p> <p>a) olaparyb z bewacyzumabem u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD);</p> <p>W leczeniu nawrotowego raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:</p> <p>1) w monoterapii:</p> <p>a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, po wcześniejszym zastosowaniu przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny).</p> <p>W leczeniu opornego na platynę, surowiczego, o wysokim stopniu złośliwości nabłonkowego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:</p> <p>1) w monoterapii:</p> <p>a) mirwetuksymab sorawtanzyna u pacjentek z dodatnim receptorem folianowym alfa (FRα), które otrzymały przynajmniej jedną, ale nie więcej niż trzy linie wcześniejszego systemowego leczenia przeciwnowotworowego (w tym co najmniej jedna linia chemioterapii z udziałem pochodnych platyny).</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorem PARP i jednorazowa możliwość leczenia mirwetuksymabem sorawtanzyny.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p>	<p>zakończeniu chemioterapii opartej na związkach platyny w skojarzeniu z bewacyzumabem.</p> <p>1.5. mirwetuksymab sorawtanzyna w monoterapii:</p> <p>zalecana dawka wynosi 6 mg/kg skorygowanej należnej masy ciała (ang. adjusted ideal body weight, AIBW), podawana raz na 3 tygodnie (cykl 21-dniowy) w postaci infuzji dożylniej.</p> <p>Wzór:</p> <p>IBW kobiety [kg] = 0,9*wzrost [cm] – 92</p> <p>AIBW = należna masa ciała (IBW [kg]) + 0,4*(rzeczywista masa ciała [kg] – IBW)</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>przypadku zastosowania mirwetuksymabu sorawtanzyny;</p> <p>9) EKG w przypadku leczenia mirwetuksymabem sorawtanzyną;</p> <p>10) konsultacja okulistyczna w przypadku leczenia mirwetuksymabem sorawtanzyną;</p> <p>11) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;</p> <p>12) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenia stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>6) konsultacja okulistyczna w przypadku stosowania mirwetuksymabu sorawtanzyny i stwierdzenia nowych działań niepożądanych ze strony narządu wzroku lub w stopniu większym lub równym G2 zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>7) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się w przypadku leczenia:</p>
--	--	--

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
- 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 5) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 6) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji

1.2.1. nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

- 1) histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
 - a) w **przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem albo rukaparybem w monoterapii** stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów:
 - FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach *BRCA1/2* bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu),
 - lub
 - FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu albo rukaparybu),

- a) olaparybem albo niraparybem albo rukaparybem co 1 miesiąc,
- b) mirwetuksymabem sorawtanzyną co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem leku) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące.

W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania.

3. Monitorowanie skuteczności

- 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych wykonuje się w przypadku leczenia:
 - a) olaparybem albo niraparybem albo rukaparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy,
 - b) mirwetuksymabem sorawtanzyną nie rzadziej niż co 3 miesiące, przy czym pierwsze badanie monitorujące wykonuje się najpóźniej w 9 tygodniu leczenia.
- 2) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej przy wzroście stężenia CA125 - przekraczającym 2-krotną wartość nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy stwierdzonym w dwóch

lub

- FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach *BRCA 1/2* (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu albo rukaparybu),

lub

- FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu);

albo

b) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej bez względu na chorobę resztkową lub zabieg cytoredukcji;

- 2) zidentyfikowana patogenna lub prawdopodobnie patogenna mutacja w genach *BRCA1/2* (dziedziczna lub somatyczna) w przypadku leczenia olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem lub zidentyfikowane zaburzenia rekombinacji homologicznej (z ang. homologous recombination deficiency, HRD) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem;
- 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;
- 4) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny;

1.2.2. nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

- 1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;
- 2) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);

kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie, co najmniej 1 tygodnia. Natomiast w przypadku braku objawów progresji w badaniu obrazowym (TK/RMI) kolejne badanie obrazowe wykonuje się nie wcześniej niż za 3 miesiące, chyba że wcześniej wystąpią objawy kliniczne progresji choroby nowotworowej.

- 3) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności

- 3) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny;
- 4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;
- 5) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny;

1.2.3. opornego na platynę raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

- 1) histologiczne rozpoznanie surowiczego niskozróżnicowanego o wysokim stopniu złośliwości nabłonkowego rak jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;
- 2) platynoporność zdefiniowana jako nawrót choroby w okresie ≤ 6 miesięcy od daty podania ostatniej dawki platyny z wyjątkiem pacjentów, u których progresja po podaniu pierwszej linii chemioterapii opartej o związki platyny wystąpiła w czasie ≤ 3 miesięcy;
- 3) wcześniejsze zastosowanie co najmniej 1, ale nie więcej niż 3 linii leczenia systemowego (w tym co najmniej jedna linia chemioterapii z udziałem pochodnych platyny);
- 4) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją FRa zdefiniowany jako $\geq 75\%$ żywych komórek nowotworowych przy umiarkowanym (2+) i (lub) silnym (3+) zabarwieniu błony w badaniu IHC potwierdzony z wykorzystaniem zwalidowanego testu;
- 5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
- 6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem

leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie chorych olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
 - a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg aktualnych kryteriów RECIST) – 24 miesiące,
 - b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg aktualnych kryteriów RECIST) – pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat,
 - c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,
 - d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;
- 2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
 - a) 36 miesięcy,
 - b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,
 - c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;
- 3) leczenie chorych rukaparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
 - a) 24 miesiące,
 - b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,
 - c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

- 4) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:
 - a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,
 - b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności,
- 5) leczenie chorych mirwetuksymabem sorawtanzyną na opornego na platynę raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb albo rukaparyb albo mirwetuksymab sorawtanzyna) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;
- 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej:
 - a) w przypadku leczenia nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 2 według kryteriów ECOG;
 - b) w przypadku leczenia nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 3 według kryteriów ECOG;
 - c) w przypadku leczenia opornego na platynę raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 2 według kryteriów ECOG;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

- | | | |
|---|--|--|
| <p>7) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p> | | |
|---|--|--|

LECZENIE CHORYCH Z PŁASKONABŁONKOWYM RAKIEM NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani</p> <p>1.1. Leczenie <u>pembrolizumabem</u> dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi:</p> <p>a) <i>ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,</i></p> <p>b) <i>ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) w przypadku dynamicznej progresji lub nasilonych dolegliwości i objawów zależnych od nowotworu (możliwość uzyskania szybszej odpowiedzi indukowanej przez chemioterapię);</i></p> <p>1.1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loco regionalnym lub przerzutami odległymi;</p> <p>2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii;</p>	<p>1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</p> <p>2) ocena stanu sprawności w skali ECOG;</p> <p>3) pomiar masy ciała;</p> <p>4) badania laboratoryjne:</p> <p>a) morfologia krwi,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny,</p> <p>c) oznaczenie stężenia glukozy,</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</p> <p>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,</p> <p>f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,</p> <p>g) oznaczenie poziomu TSH,</p> <p>h) test ciążyowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</p> <p>5) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające rozpoznanie miejscowego nawrotu lub uogólnienia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;</p>

- 3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego;
- 4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;
- 5) wiek powyżej 18. roku życia;
- 6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;
- 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;
- 8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
- 9) nieobecność przeciwwskazań:
 - a) w przypadku monoterapii: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego,
 - b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii opartej na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.

1.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263.

1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;
- 2) morfologia krwi;
- 3) wskaźniki biochemiczne: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.

Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie przedmiotowe;
- 2) badania laboratoryjne;
- 3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny

2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem

- 1) badanie przedmiotowe;
- 2) ocena sprawności w skali ECOG;
- 3) pomiar masy ciała;

- 1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która musi być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;
- 2) nadwrażliwość na pembrolizumab;
- 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu;
- 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny

2.1. Leczenie niwolumabem dorosłych pacjentów z nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, który uległ progresji po lub w trakcie leczenia opartego na pochodnych platyny

2.1.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani;
- 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR);
- 3) brak wcześniejszego leczenia lekami z grupy anty-PD-L/PD-L1;

- 4) badania laboratoryjne:
 - a) morfologia krwi,
 - b) oznaczenie stężenia kreatyniny,
 - c) oznaczanie stężenia glukozy,
 - d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,
 - f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,
 - g) oznaczenie poziomu TSH,
 - h) test ciążyowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;
- 5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.

2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;
- 2) morfologia krwi;
- 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.

Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie przedmiotowe;
- 2) Badanie laboratoryjne;

4) udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR);

5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;

6) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.

2.3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem

Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.

2.4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie

1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;

2) nadwrażliwość na lek;

3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- | | | |
|--|--|--|
| <p>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu;</p> <p>5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.</p> | | |
|--|--|--|

LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)

Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego: <i>DVTd</i> – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem; <i>DVd</i> – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem; <i>DRd</i> – daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; <i>Kd</i> – karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem; <i>KRd</i> – karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;		<i>IRd</i> – iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; <i>EloPd</i> – elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; <i>IsaPd</i> – izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; <i>Tec</i> – teklistamab w monoterapii; <i>Elra</i> – elranatamab w monoterapii; <i>Tal</i> – talkwetamab w monoterapii.
ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytoowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytoowym w 1. linii leczenia: <i>DVTd, DRd</i>, pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym: <i>DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, EloPd, IsaPd, Tec, Elra, Tal</i>. <p><i>Uwaga: terapia indukująca, po której nastąpi przeszczepienie autologicznych komórek macierzystych i terapia konsolidująca/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia.</i></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p>	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia w schemacie:</p> <p>1.1.1. DVTd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące).</p> <p><u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie:</p> <ol style="list-style-type: none"> w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16; w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8. <p><u>Bortezomib:</u> zalecana dawka 1,3 mg/m² pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> morfologia krwi z rozmazem; oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; oznaczenie klirensu kreatyniny; oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu; niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym – badanie kośćca do decyzji lekarza);

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG – za wyjątkiem terapii <i>Tec</i>; 3) rozpoznanie szpiczaka plazmocytoowego; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku/leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego; 5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną/aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia w schemacie:</p>	<p>Talidomid: podawany doustnie w dawce 100 mg raz na dobę w każdym dniu każdego cyklu.</p> <p>Deksametazon: podawany doustnie lub dożylnie w dawce 40 mg w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16., 22. i 23. w cyklach 1. i 2. oraz w dawce 40 mg w dniach 1.-2. i 20 mg w kolejnych dniach dawkowania (dniach 8., 9., 15., 16.) w cyklach 3-4. <i>Deksametazon</i> w dawce 20 mg powinien być podawany w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16. w cyklach 5. i 6.</p> <p>1.1.2. DRd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.</p> <p>Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p>Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat).</p> <p>1.2. Dawkowanie w leczeniu opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie:</p> <p>1.2.1. DVd</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml wykonany w dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku; 10) dodatkowo w przypadku schematu <i>IRd</i>, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu <i>IRd</i> – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka; 11) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>IsaPd</i> – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a); 12) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i> – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA); 13) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, b) elektrokardiografia (EKG), c) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca. <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia (za wyjątkiem wskazanym dla badania w pkt 9) oraz za wyjątkiem badań z pkt 10, które mogą być wykonane wcześniej).</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml, zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 3) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>IsaPd</i>, <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i>:
---	--	---

<p>1.2.1. DVTd</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG); 3) kwalifikowanie się pacjenta do leczenia chemioterapią wysokodawkową z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego). 	<p>Od 1. tygodnia do 24. tygodnia każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie) = pierwsze 8 cykli. Od 25. tygodnia każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Daratumumab</u> s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.</p> <p><u>Bortezomib</u>: w dawce 1,3 mg/m² pc. dożylnie lub podskórnym w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli.</p> <p><u>Deksametazon</u>: w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli (tj. w dawce 80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat, BMI < 18,5, ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami).</p>	<ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie klirensu kreatyniny; <p>4) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, b) elektrokardiografia (EKG); <p>5) dodatkowo w przypadku schematu <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i> – oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG).</p>
<p>1.2.2. DRd</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG); 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 0,5 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego). 	<p>1.2.2. DRd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Daratumumab</u> s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.</p> <p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p>	<p>W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);

<p>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie:</p> <p>1.3.1. DVd</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) nie stwierdzono oporności na leczenie <i>bortezomibem</i>. <p>1.3.2. DRd</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 0,5 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego). <p>1.3.3. Kd</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ lub $\geq 30 \times 10^9/l$, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne; 3) LVEF $\geq 40\%$; 4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA; 5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego; 	<p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat).</p> <p>1.2.3. Kd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu w dawce:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) początkowej 20 mg/m² pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do: 2) 70 mg/m² pc. w dniu 8. i 15. cyklu 1., a następnie: 3) w dawce 70 mg/m² pc. w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. <p>Dawkowanie <i>karfilzomibu</i> może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.</p> <p><u>Deksametazon</u>: w dawce 40 mg doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. w cyklach 1-9, a następnie w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. <i>Deksametazon</i> należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem <i>karfilzomibu</i>.</p> <p>1.2.4. KRd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) początkowej 20 mg/m² pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. i 2. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do: 	<ol style="list-style-type: none"> 12) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 13) oznaczenie stężenia D-dimerów. <p>O częstości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz.</p> <p>Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.</p> <p>Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Zapisy dotyczące CRS i ICANS odnoszą się do leczenia teklitamabem, elranatamabem i talkwetamabem.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu zalecane jest nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia należy wykonać badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoliconymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG), w tym m.in.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie klirensu kreatyniny;
--	--	--

<p>6) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.</p>	<p>2) 27 mg/m² pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniu 8., 9., 15. i 16. cyklu 1., a następnie:</p> <p>3) w dawce 27 mg/m² pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 8., 9., 15. i 16. w cyklach 2-12, a następnie:</p> <p>4) w dawce 27 mg/m² pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 15. i 16. w cyklach 13-18.</p>	<p>6) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;</p> <p>7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</p>
<p>1.3.4. KRd</p>	<p>Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m² powinni otrzymywać dawkę <i>karfilzomibu</i> obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m², a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem <i>karfilzomibu</i> w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać <i>karfilzomibu</i> w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m² pc. jest podawana przez 10 minut.</p>	<p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
<p>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;</p> <p>2) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 0,5 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla <i>lenalidomidu</i>);</p> <p>3) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;</p> <p>4) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;</p> <p>5) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.</p>	<p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p>	<p>4. Monitorowanie programu</p>
<p>1.3.5. IRd</p>	<p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. <i>Deksametazon</i> należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem <i>karfilzomibu</i>.</p>	<p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) rygorystyczna całkowita odpowiedź (sCR),</p> <p>b) całkowita odpowiedź (CR),</p> <p>c) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),</p> <p>d) częściowa odpowiedź (PR),</p> <p>e) choroba stabilna (SD),</p> <p>f) brak odpowiedzi (NR),</p>

<p>3) brak oporności na leczenie <i>lenalidomidem</i>;</p> <p>4) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 75 \times 10^9/l$ lub $\geq 30 \times 10^9/l$, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne.</p> <p>1.3.6. EloPd</p> <p>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytozy, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu;</p> <p>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;</p> <p>3) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej).</p> <p>1.3.7. IsaPd</p> <p>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytozy, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu;</p> <p>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;</p> <p>3) brak oporności na leczenie <i>pomalidomidem</i>;</p> <p>4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem <i>izatuksymabu</i> szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ pow. ciała;</p> <p>5) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej).</p>	<p>1.2.5. IRd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Iksazomib</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu.</p> <p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.</p> <p>1.2.6. EloPd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Elotuzumab</u>: zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1. i 2., a następnie w dawce 20 mg/kg mc. w 1. dniu każdego kolejnego cyklu.</p> <p><u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu, podawana co najmniej 2 godziny po zakończeniu wlewu <i>elotuzumabu</i>, gdy podawane są w tym samym dniu.</p> <p>Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.</p>	<p>g) progresja choroby (PD),</p> <p>h) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</p> <p>i) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	---	---

<p>1.3.8. Tec</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anti-CD38; 3) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 4) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). <p>1.3.9. Elna</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anti-CD38; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 25 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). <p>1.3.10. Tal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anti-CD38; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 	<p><u>Deksametazon w dniach, w których podawany jest elotuzumab:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: zalecana dawka <i>deksametazonu</i>: 28 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i> oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i>, 2) u pacjentów w wieku >75 lat: zalecana dawka <i>deksametazonu</i> to 8 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i> oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i>. <p><u>Deksametazon w dniach, w których nie jest podawany elotuzumab, a w których zaplanowane jest podanie dawki deksametazonu, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: w dawce 40 mg doustnie, 2) u pacjentów w wieku > 75 lat: w dawce 20 mg doustnie. <p>1.2.7. IsaPd</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Izatuksymab:</u> zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu.</p> <p><u>Pomalidomid:</u> zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.</p>	
--	--	--

3) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby).

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii schematem:

- 1) *DVTd* – leczenie trwa do maksymalnie 4 cykli (16 tygodni) w leczeniu indukcyjnym, oraz do maksymalnie 2 cykli (8 tygodni) w leczeniu konsolidującym;
- 2) *KRd* – leczenie *karfilzomibem* w skojarzeniu z *lenalidomidem* i *deksametazonem* trwa maksymalnie do 18 cykli, następnie kontynuowane jest leczenie *lenalidomidem* i *deksametazonem*.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;
- 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia – nie dotyczy stosowania terapii według schematu *DRd* w 1. linii leczenia;

Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie lub dożylnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.

1.2.8. Tec

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Teklistamab: leczenie teklistamabem należy rozpocząć od dawek startowych 0,06 mg/kg m.c. i 0,3 mg mg/kg m.c., zgodnie ze schematem stopniowego zwiększania dawki teklistamabu opisanym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS).

Następnie, po zastosowaniu schematu stopniowego zwiększania dawki, zalecana dawka teklistamabu to 1,5 mg/kg m.c., podawana podskórną 1 raz w tygodniu.

U pacjentów, którzy mieli całkowitą odpowiedź (CR) lub rygorystyczną CR (sCR) przez co najmniej 6 miesięcy, można rozważyć zmniejszenie częstości dawkowania do 1,5 mg/kg m.c. co dwa tygodnie.

Przed podaniem każdej dawki teklistamabu należy zastosować produkty lecznicze w premedykacji, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia CRS.

1.2.9. Elra

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Elranatamab: leczenie elranatamabem podawanym we wstrzyknięciu podskórnym, należy rozpocząć od stopniowego zwiększania dawki w celu zmniejszenia częstości występowania i nasilenia CRS i ICANS, zgodnie ze

<p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;</p> <p>8) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy schematów zawierających leki podawane dożylnie.</p>	<p>schematem opisanym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tego leku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dawkowanie stopniowo zwiększane: elranatamab podawany w dawce: <ol style="list-style-type: none"> a) 12 mg w 1. dniu 1. tygodnia, a następnie: b) w dawce 32 mg w 4. dniu 1. tygodnia, 2) następnie od 1. dnia 2. tygodnia elranatamab podawany jest w dawce 76 mg 1 raz na tydzień w tygodniach 2-24, 3) po co najmniej 24 tygodniach leczenia elranatamabem, lek należy podawać w dawce 76 mg 1 raz na dwa tygodnie, począwszy od 25. tygodnia leczenia, u pacjentów, u których uzyskano odpowiedź na leczenie, 4) począwszy od 49. tygodnia leczenia elranatamabem, lek należy podawać w dawce 76 mg 1 raz na cztery tygodnie u pacjentów, którzy zostali poddani co najmniej 24-tygodniowemu leczeniu w schemacie co dwa tygodnie, i u których utrzymała się odpowiedź na leczenie. <p>Szczegóły dotyczące sposobu modyfikacji schematu dawkowania leku oraz stosowanej premedykacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>1.2.10. Tal</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Talkwetamab</u>: należy podawać podskórnie w schemacie dawkowania <u>co tydzień lub co dwa tygodnie</u> zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla talkwetamabu.</p> <p>W przypadku pacjentów otrzymujących talkwetamab zgodnie ze schematem dawkowania 0,4 mg/kg mc. co tydzień, u których uzyskano odpowiednią odpowiedź kliniczną (tj. sCR, CR, VGPR lub PR) potwierdzoną w co najmniej dwóch</p>	
--	--	--

kolejnych ocenach choroby wykonywanych nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia (dobór badań diagnostycznych powinien być zgodny z aktualnymi kryteriami IMWG odpowiednio dla każdego rodzaju uzyskanej odpowiedzi), można rozważyć przejście na schemat dawkowania 0,8 mg/kg mc. co dwa tygodnie.

1) Talkwetamab w schemacie dawkowania co tydzień:

a) faza wstępna stopniowego zwiększania dawki:

talkwetamab podawany podskórnym w dawce:

- 0,01 mg/kg mc. w dniu 1., następnie
- w dawce 0,06 mg/kg mc. w dniu 3., następnie
- w dawce 0,4 mg/kg mc. w dniu 5., a następnie:

b) faza leczenia: talkwetamab podawany podskórnym w dawce 0,4 mg/kg mc. 1 raz na tydzień.

2) Talkwetamab w schemacie dawkowania co dwa tygodnie:

a) faza wstępna stopniowego zwiększania dawki:

talkwetamab podawany podskórnym w dawce:

- 0,01 mg/kg mc. w dniu 1., następnie
- w dawce 0,06 mg/kg mc. w dniu 3., następnie
- w dawce 0,4 mg/kg mc. w dniu 5., następnie
- w dawce 0,8 mg/kg mc. w dniu 7., a następnie:

b) faza leczenia: talkwetamab podawany podskórnym w dawce 0,8 mg/kg mc. 1 raz na 2 tygodnie.

Szczegóły dotyczące stosowanej premedykacji oraz sposobu modyfikacji schematu dawkowania leku, w tym możliwości opóźniania dawki i warunków dotyczących możliwości zmiany dawkowania z cotygodniowego na co dwa tygodnie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje

	<p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>Zaleca się profilaktykę żylną choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami.</p> <p>W przypadku leczenia <i>daratumumabem</i>, <i>teclistamabem</i> lub inhibitorami proteasomu, przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.</p> <p><u>Leki podawane w infuzji:</u></p> <p>Przed i po infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Zmiany szybkości infuzji powinny być prowadzone zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku trwałego zakończenia podawania dowolnego produktu leczniczego wchodzącego w skład schematu leczenia, dalsze podawanie pozostałych produktów leczniczych zależy od decyzji lekarza.</p>	
--	---	--

LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>infliksymab</i>; 2) <i>wedolizumab</i>; 3) <i>tofacytynib</i>; 4) <i>ustekinumab</i>; 5) <i>filgotynib</i>; 6) <i>ozanimod</i>; 7) <i>upadacytynib</i>; 8) <i>mirikizumab</i>. <p>Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo wedolizumabu albo tofacytynibu albo ustekinumabu albo filgotynibu albo ozanimodu albo upadacytynibu albo mirikizumabu w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna.</p> <p>W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie infliksymabu, wedolizumabu, tofacytynibu, ustekinumabu, filgotynibu, ozanimodu, upadacytynibu, mirikizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej ChPL lub w aktualnych rekomendacjach ECCO lub PTG-E.</p> <p>2. Modyfikacje dawkowania</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną CHPL lub z aktualnymi rekomendacjami ECCO lub PTG-E.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem, upadacytynibem, filgotynibem oraz ozanimodem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) bilirubina – w przypadku ozanimodu lub mirikizumabu; 5) kreatynina; 6) białko C-reaktywne; 7) badanie ogólne moczu; 8) test Quantiferon; 9) antygen HBs oraz przeciwciała anty-HBcAg total; 10) przeciwciała anty HCV; 11) badanie w kierunku wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 12) stężenie elektrolitów w surowicy; 13) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 14) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie

- 1) wiek od 6 lat życia w przypadku infliksymabu w postaci dożylniej albo wiek od 18 lat w przypadku infliksymabu w postaci podskórnej lub wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu lub filgotynibem lub ozanimodu lub upadacytynibu lub mirikizumabu;
- 2) pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią WZJG (ocena ≥ 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 lat albo ocena ≥ 35 punktów w skali PUCAI u osób w wieku < 18 lat):
 - a) hospitalizowani z powodu ciężkiego rzutu choroby z niedostateczną odpowiedzią na 3-5 dniowe dożylnie leczenie kortykosteroidami lub przeciwwskazaniem do takiego leczenialub
 - b) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)lub
 - c) nietolerujący leczenia kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)lub
 - d) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)lub
 - e) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA);

- 15) badanie endoskopowe;
- 16) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;
- 17) badanie kału na toksynę *Clostridioides Difficile*;
- 18) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem;
- 19) kalprotektyna;
- 20) określenie początkowej wartości wskaźnika Mayo u dorosłych albo PUCAI u dzieci i młodzieży.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI;
- 2) ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI;
- 3) morfologia krwi obwodowej;
- 4) CRP.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni.

- 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 4) brak przeciwwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL lub z aktualnymi wytycznymi European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) lub Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) (jeśli dotyczy).

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo wedolizumabem albo tofacytynibem albo ustekinumabem albo filgotynibem albo ozanimodem albo upadacytynibem albo mirikizumabem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali Mayo albo PUCAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.

2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo;
- 2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem;
- 4) CRP.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni.

2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;
- 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu, z możliwością ostatecznej oceny po 16 tygodniu, od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu

Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI.

1) infliksymab

- a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej),
- b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo lub PUCAI;

2) wedolizumab

- a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej),
- b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona do 14 tygodnia od rozpoczęcia terapii, a następnie co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo;

3) tofacytynib

- a) terapia indukcyjna: 8 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 8 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 8 tygodni leczenia,
- b) leczenie podtrzymujące tofacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo;

4) ustekinumab

(modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny);

- 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu.

W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.

Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdym kolejnych 12 tygodniach (\pm 2 tyg.).

2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca po zakończeniu leczenia indukcyjnego jest zobowiązany wykonać następujące badania:

- 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem;
- 3) CRP.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni.

2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem

<p>a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylniej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej),</p> <p>b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo;</p> <p>5) filgotynib</p> <p>a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 10 tygodni leczenia,</p> <p>b) leczenie podtrzymujące filgotynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzana co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo;</p> <p>6) ozanimod</p> <p>a) terapia indukcyjna: 10 tygodni,</p> <p>b) leczenie podtrzymujące ozanimodem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo;</p> <p>7) upadacytynib</p> <p>a) terapia indukcyjna: 8 – 16 tygodni,</p> <p>b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być</p>		<p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu, z możliwością ostatecznej oceny po 22 tygodniu, od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny, bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (neutrofilii) oraz limfocytów w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii); 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 10 tygodniu. <p>W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdym kolejnych 12 tygodniach leczenia.</p> <p>2.6. Monitorowanie leczenia ozanimodem</p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stopnia aktywności choroby w 5 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
--	--	--

przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo;

8) mirikizu mab

- a) terapia indukcyjna: 12 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 12 tygodni leczenia, okres leczenia indukcyjnego może maksymalnie wynosić 24 tygodnie,
- b) leczenie podtrzymujące mirikizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo,
- c) ponowna indukcja: w przypadku pacjentów, u których stwierdzono utratę odpowiedzi terapeutycznej podczas leczenia podtrzymującego mirikizumabem możliwe jest ponowne podanie mirikizumabu w infuzji dożylniej co 4 tygodnie (łącznie 3 dawki). Jeśli dodatkowa terapia dożylna przyniesie korzyści kliniczne, pacjenci mogą wznowić podawanie podskórne.

3. Zakończenie leczenia w programie

- 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;

3) morfologię krwi z rozmazem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby limfocytów w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia (w razie potwierdzenia bezwzględnej liczby limfocytów $<0,2 \times 10^9/l$ należy przerwać leczenie ozanimodem do czasu, gdy stężenie limfocytów powróci do poziomu $>0,5 \times 10^9/l$, wówczas można rozważyć ponowne rozpoczęcie leczenia ozanimodem);

4) stężenia aminotransferaz i stężenie bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana dłużej niż 12 miesięcy, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

2.7. Monitorowanie leczenia upadacystyną b

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;
- 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki, z możliwością ostatecznej oceny po 16 tygodniu, na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów w 2 i 4 tygodniu;
- 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu.

W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.

- 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.).

2.8. Monitorowanie leczenia mirikizumabem

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 4 i 8 tygodniu w częściowej skali Mayo;
- 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 12 tygodniu, z możliwością ostatecznej oceny po 24 tygodniu, od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 3) AIAT i AspAT oraz bilirubina co miesiąc podczas terapii indukcyjnej;
- 4) CRP, morfologia z krwi obwodowej w 4, 8 i 12 tygodniu.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać AIAT i AspAT oraz bilirubinę co 1-4 miesiące zgodnie ze standardową praktyką postępowania z pacjentami i stosownie do wskazań klinicznych, a także morfologię krwi obwodowej, CRP i ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni.

2.9. Optymalizacja leczenia

W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, lub ustekinumabem lub mirikizumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku.

Ponadto można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia.

Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

2.10. Monitorowanie skuteczności leczenia

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.:

- odpowiedź na leczenie rozumiana jako spadek w całkowitej skali Mayo o co najmniej 3 pkt albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI – ocena na koniec okresu indukcji;
- remisja kliniczna rozumiana jako liczba luźnych stolców na poziomie normalnym oraz nieobecność krwawień z odbytu (wynik 0 w skali PRO-2) bez konieczności stosowania steroidów, bez konieczności leczenia chirurgicznego, w przypadku gdy lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;
- brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego;
- utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;
- konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;

- wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt 2.10 *Monitorowanie skuteczności leczenia* dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji i jedną linię terapii inhibitorem PARP z wykorzystaniem substancji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) apalutamid; 2) darolutamid; 3) enzalutamid; 4) olaparyb; 5) niraparyb + octan abirateronu; 6) talazoparyb. <p>W leczeniu wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC) stosowany jest apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid.</p> <p>W leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów (nmCRPC) stosowany jest apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid.</p> <p>W leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) stosowany jest enzalutamid albo olaparyb albo niraparyb + octan abirateronu albo talazoparyb w skojarzeniu z enzalutamide m.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowym antyandrogenem oraz inhibitorem PARP.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p>	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) apalutamid: zalecana dawka dobową wynosi 240 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. 2) darolutamid: zalecana dawka wynosi 600 mg (dwie tabletki po 300 mg) przyjmowane dwa razy na dobę, co stanowi równoważność całkowitej dawki dobowej wynoszącej 1200 mg. Lek należy połykać w całości z pokarmem. <p>U pacjentów z mHSPC leczenie darolutamidem należy rozpocząć w skojarzeniu z docetakselem. Pierwszy z 6 cykli docetakselu należy podać w ciągu 6 tygodni od rozpoczęcia leczenia darolutamidem. Leczenie mHSPC należy kontynuować do czasu progresji choroby lub wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności, nawet jeśli podanie kolejnego kursu docetakselu jest</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia PSA; 4) oznaczenie stężenia testosteronu; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem lub talazoparybem także wyliczenie klirensu kreatyniny); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) scyntygrafia kośćca; 10) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej); 11) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem,

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

- 1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;
- 2) ukończony 18. rok życia;
- 3) stan sprawności:
 - a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu),
albo
 - b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem), olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem (mCRPC);
- 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
- 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 6) nieobecność schorzeń lub stanów stanowiących przeciwwskazanie do zastosowania terapii;
- 7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 8) brak rozpoznania raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego lub raka przewodowego.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji

1.2.1. Chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami apalutamidem albo enzalutamidem albo darolutamidem w

opóźnione lub leczenie docetakselem przedwcześnie zakończono.

- 3) **enzalutamid:** zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.

Leków hormonalnych nowej generacji nie należy stosować równocześnie z docetakselem (za wyjątkiem darolutamidu w mHSPC) ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17.

- 4) **olaparyb:** zalecana dawka wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 600 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Lek stosuje się w monoterapii (za wyjątkiem leczenia skojarzonego z analogiem lub antagonistą LHRH).

- 5) **niraparyb + octan abirateronu:** dawka początkowa obejmuje podanie raz dziennie dwóch tabletek zawierających w jednej tabletkę 2 substancje czynne (1 tabletkę: niraparyb 100 mg + octan abirateronu 500 mg) oraz 10 mg prednizonu/prednizolonu. W razie konieczności możliwe jest zastosowanie tabletek o obniżonej zawartości niraparybu (niraparyb 50 mg + octan abirateronu 500 mg). Niedopuszczalne jest zastosowanie niraparybu w skojarzeniu z octanem abirateronu przy użyciu dwóch oddzielnych tabletek (tabletki zawierającej niraparyb i osobno tabletki zawierającej octan abirateronu).

enzalutamidem chorych na nmCRPC);

- 12) rentgenografia lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC);

- 13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania obrazowe powinny być wykonane w ciągu 3 miesięcy przed włączeniem do programu.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwiać późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST lub PCWG.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem), albo olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem);
- 2) oznaczenie stężenia bilirubiny (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);

skojarzeniu z docetakselem

- 1) stadium wrażliwości na kastrację;
- 2) udokumentowana możliwość rozpoczęcia leczenia docetakselem (w przypadku leczenia darolutamidem);
- 3) zakończone leczenie docetakselem albo decyzją lekarza o odstąpieniu od stosowania docetakselu wraz z jej uzasadnieniem (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem);
- 4) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprivacją androgenów przed włączeniem do programu;
- 5) obecność przerzutów potwierdzona w badaniu scyntygrafii kości lub przerzutów do tkanek miękkich lub przerzutów trzewnych w badaniach obrazowych (TK/MR), w przypadku występowania wyłącznie przerzutów do węzłów chłonnych do programu mogą zakwalifikować się jedynie pacjenci z przerzutami nieregionalnymi (tj. występującymi powyżej rozwidlenia aorty);
- 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie o założeniu radykalnym, w tym stosowanie hormonoterapii uzupełniającej przez maksymalnie 3 lata, o ile została zakończona co najmniej rok wcześniej;
- 7) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie deprivacją androgenów (kastacja farmakologiczna lub chirurgiczna), ale nie dłużej niż 6 miesięcy na etapie choroby przerzutowej;
- 8) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu;
- 9) niestosowanie leków antyresorpcyjnych wpływających na metabolizm kostny (nie dotyczy leków stosowanych w leczeniu lub profilaktyce osteoporozy);

1.2.2. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem

- 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;

- 6) talazoparyb w skojarzeniu z enzalutamidem: zalecana dawka to 0,5 mg talazoparybu w skojarzeniu ze 160 mg enzalutamidu raz na dobę. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.

2. Modyfikacja dawkowania leków

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

- 5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem także wyliczenie klirensu kreatyniny);

Badania laboratoryjne wykonuje się:

- badania krwi regularnie co 2-3 miesiące, również przy braku wskazań klinicznych;
- przed podaniem każdej dawki leku w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem),
- morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny nie rzadziej niż co 1 miesiąc (w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem).

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) oznaczenie stężenia PSA, nie rzadziej niż co 3 miesiące, a w przypadku wskazań klinicznych decyzją lekarza kolejne oznaczenia mogą być wykonywane częściej;
- 2) badania obrazowe (RTG/TK/MR) w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji, nie rzadziej niż co 6 miesięcy;
- 3) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy;

- 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml;
- 3) brak przerzutów odległych (cecha M0, dopuszczalne są jedynie przerzuty w węzłach chłonnych poniżej rozwidlenia aorty, o ile w krótkim wymiarze mają mniej niż 2 cm – cecha N1) na podstawie scyntygrafii kości oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego lub rentgenografii klatki piersiowej;
- 4) wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) ≤ 10 miesięcy;
- 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu;
- 6) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem).

1.2.3. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami enzalutamidem przed zastosowaniem docetakselu (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie) lub po zastosowaniu docetakselu

- 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;
- 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml
lub
progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;

- 4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej.

Badania oceniające odpowiedź powinny być wykonywane zawsze przy klinicznym podejrzeniu progresji.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- a) całkowita odpowiedź (CR),
- b) częściowa odpowiedź (PR) albo nonCR/nonPD,
- c) stabilizacja (SD) albo non/CR/nonPD,
- d) progresja (PD),
- e) całkowite przeżycie (OS) albo czas wolny od progresji (PFS).

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej

3) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu.

1.2.4. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami olaparybem

- 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;
- 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml
lub
progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;
- 3) progresja choroby podczas terapii lekiem hormonalnym nowej generacji (możliwe wcześniejsze zastosowanie docetakselu lub kabazytakselu przed lub po leku hormonalnym nowej generacji, o ile stwierdzono nieskuteczność chemioterapii);
- 4) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie *BRCA1* lub *BRCA2*;
- 5) u chorych z klirensiem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej.

1.2.5. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie na etapie mCRPC) niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem

udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmo/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;
- 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml
lub
progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;
- 3) nieobecność wskazań do zastosowania chemioterapii w I linii leczenia mCRPC);
- 4) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu (z wyjątkiem pacjentów, którzy kontynuują leczenie mCRPC rozpoczęte maksymalnie 4 miesiące wstecz, o ile w trakcie leczenia pacjent nie doznał progresji choroby (nie jest konieczne wykonywanie badań obrazowych, chyba że występują wskazania kliniczne do ich wykonania)) w przypadku leczenia niraparybem + octanem abirateronu;
- 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu w przypadku leczenia talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem;
- 6) niestosowanie wcześniejszego leczenia niesteroidowymi antyandrogenami;
- 7) niestosowanie wcześniejszego leczenia inhibitorami PARP;
- 8) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie *BRCA1* lub *BRCA2* w przypadku leczenia niraparybem + octanem abirateronu;
- 9) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genach HRR (*BRCA2*, *ATM*, *CDK12*, *CHECK2*, *BRCA1*, *PALB2*, *RAD51C*) w przypadku leczenia talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem;

10) u chorych z klirensiem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Czas leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt 3.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:

a) progresji choroby określonej na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec najniższej wartości osiągniętej w trakcie terapii (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml, chyba że lekarz prowadzący uzna, że leczenie przynosi udokumentowaną korzyść kliniczną i nieuzasadnione jest (albo niemożliwe) zastosowanie terapii kolejnej linii

lub

b) progresji choroby ustalonej na podstawie aktualnej klasyfikacji RECIST (dla zmian w tkankach miękkich) lub PCWG (dla zmian w układzie kostnym);

2) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności:

<p>a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu),</p> <p>albo</p> <p>b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselom), olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem (mCRPC);</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancje pomocnicze;</p> <p>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>6) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p>		
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW ZE SPASTYCZNOŚCIĄ KOŃCZYN Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD-10: I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>toxinum botulinum</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) wiek od 18 roku życia;</p> <p>2) pacjenci:</p> <p>a) po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala,</p> <p>lub</p> <p>b) po przebytych urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala,</p> <p>lub</p> <p>c) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35),</p> <p>lub</p> <p>d) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80),</p> <p>lub</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Maksymalne dawki na sesję:</p> <p>1) Botox: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne 600 j. (tylko jedna kończyna góra – 350 j., tylko jedna kończyna dolna – 400 j.);</p> <p>2) Dysport: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne 1500 j. (tylko jedna kończyna góra – 1100 j., tylko jedna kończyna dolna – 1500 j.);</p> <p>3) Xeomin: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne – 800 j. (tylko jedna kończyna góra – 500 j., tylko jedna kończyna dolna – 600 j.).</p> <p>Częstość podawania leku zależy od stanu</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badanie neurologiczne:</p> <p>a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS,</p> <p>b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych),</p> <p>c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;</p> <p>2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR ≤ 2,5).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku lub wg decyzji lekarza prowadzącego ale nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy.</p> <p>Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się:</p>

<p>e) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83).</p> <p>3) pacjenci z potwierdzoną spastycznością:</p> <p>a) kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</p> <p>lub</p> <p>b) kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</p> <p>4) brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli dotychczas leczeni w ramach programu lekowego B.30.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Maksymalnie finansuje się 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p>	<p>klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</p> <p>Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii (USG).</p>	<p>1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku;</p> <p>2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale);</p> <p>3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych);</p> <p>4) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością.</p> <p>W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia:</p> <p>a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS,</p> <p>b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale),</p> <p>c) wynik testu oceniającego stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research</p>
---	--	--

<p>1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku</p> <p>Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth-MAS względem wartości wyjściowych;</p> <p>2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;</p> <p>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;</p> <p>6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia;</p> <p>8) ciąża lub karmienie piersią.</p>		<p>Council (MRC),</p> <p>z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ</p>
---	--	---

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PRZĘŁYKU, POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE RAKA PRZĘŁYKU I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO		
<p>Indeks wykorzystanych skrótów: AEG - ang. <i>adenocarcinoma of the esophagogastric junction</i>, gruczolakorak połączenia żołądkowo-przłykowego EAC - ang. <i>esophageal adenocarcinoma</i>, gruczolakorak przłyku ESCC - ang. <i>esophageal squamous cell carcinoma</i>, płaskonabłonkowy rak przłyku</p>		
<p>W programie finansuje się leczenie uzupełniające raka przłyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego lub jedną z dwóch linii leczenia zaawansowanego raka przłyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>pembrolizumab</i>; 2) <i>niwolumab</i>; 3) <i>ipilimumab</i>; 4) <i>tislelizumab</i>. <p>Leczenie uzupełniające raka przłyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie adiuwantowe <i>niwolumabem</i> w monoterapii dorosłych pacjentów z rakiem przłyku (płaskonabłonkowym lub gruczolowym) lub połączenia żołądkowo-przłykowego, z 	<p>1. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.</p> <p>2. Dawkowanie 2.1. <i>pembrolizumab</i> Zalecana dawka <i>pembrolizumabu</i>: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia określonego typu raka przłyku lub połączenia przłykowo-żołądkowego zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 2) stwierdzenie choroby resztkowej \geq ypT1 lub \geq ypN1 po zabiegu chirurgicznym R0 – dotyczy leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii; 3) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 – dotyczy leczenia chorych na gruczolakoraka <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią oraz <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią; 4) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score):

chorobą resztkową, po wcześniejszej chemioradioterapii neoadiuwantowej.

U pacjentów kwalifikowanych do leczenia wymagane jest wcześniejsze zastosowanie chemioradioterapii w leczeniu neoadiuwantowym oraz przeprowadzenie resekcji chirurgicznej (R0), wykonanej nie wcześniej niż 16 tygodni przed włączeniem do programu.

Leczenie **zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku (ESCC)** obejmuje:

1) leczenie *niwolumabem* w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą *fluoropirymidynę* i **pochodną platyny** albo z *ipilimumabem* dorosłych pacjentów z zaawansowanym nieoperacyjnym, nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem przełyku z ekspresją PDL-1 $\geq 1\%$ (I linia leczenia).

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

2) leczenie *pembrolizumabem* w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą **pochodną platyny** i *fluoropirymidynę* dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym płaskonabłonkowym rakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami z ekspresją PDL-1 wg skali CPS ≥ 10 (I linia leczenia).

Do leczenia *pembrolizumabem* kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku nieoperacyjnego lub z

Dawkowanie **chemioterapii** stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

2.2. niwolumab w monoterapii

Zalecana dawka *niwolumabu* w ESCC: **240 mg co 2 tygodnie**.

Zalecana dawka *niwolumabu* w leczeniu uzupełniającym: **240 mg co 2 tygodnie** lub **480 mg co 4 tygodnie przez pierwsze 16 tygodni**, a następnie **480 mg co 4 tygodnie**.

2.3. niwolumab w skojarzeniu z chemioterapią

Zalecana dawka *niwolumabu* w EAC: **360 mg co 3 tygodnie** lub **240 mg co 2 tygodnie**.

Zalecana dawka *niwolumabu* w ESCC: **240 mg co 2 tygodnie** lub **480 mg co 4 tygodnie**

Dawkowanie **chemioterapii** opartej na *fluoropirymidynie* (5FU) i pochodnej *platyny* w leczeniu skojarzonym z *niwolumabem* prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *niwolumabem*.

2.4. niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem

– ≥ 5 w przypadku leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,

– ≥ 10 w przypadku leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;

5) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg TPS (tumor proportion score) $\geq 1\%$ - dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*;

6) potwierdzenie ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej $\geq 5\%$ za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia *tislelizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;

7) morfologia krwi z rozmazem;

8) oznaczenie stężenia kreatyniny;

9) oznaczanie stężenia glukozy;

10) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;

11) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

12) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

13) oznaczenie poziomu sodu, potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;

14) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem* lub *tislelizumabem*;

15) oznaczenie poziomu fT4 i TSH;

16) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;

17) elektrokardiografia (EKG) – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;

18) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy

<p>przerzutami, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).</p> <p>3) leczenie tislelizumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą po pochodną platyny i fluoropirymidynę lub po pochodną platyny i taksan (paklitaksel) dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym, lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem przełyku z ekspresją PD-L1 $\geq 5\%$ (I linia leczenia).</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).</p> <p>4) leczenie niwolumabem w monoterapii dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym zaawansowanym, nawracającym lub przerzutowym rakiem płaskonabłonkowym przełyku, którzy wcześniej otrzymywali chemioterapię opartą na pochodnych platyny w skojarzeniu z fluoropirymidyną (II linia leczenia).</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej platyny i fluoropirymidynie:</p> <p>a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia</p> <p>lub</p> <p>b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii.</p>	<p>Zalecana dawka niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem: 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie lub 360 mg co 3 tygodnie.</p> <p>Zalecana dawka ipilimumabu: 1 mg/kg mc. co 6 tygodni.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania ipilimumabu możliwe jest odstawienie ipilimumabu i kontynuowanie leczenia niwolumabem w monoterapii.</p> <p>2.5. tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią</p> <p>Zalecana dawka tislelizumabu: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Dawkowanie chemioterapii opartej na pochodnej platyny i fluoropirymidynie lub pochodnej platyny i taksanie (paklitaksel) w leczeniu skojarzonym z tislelizumabem prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia tislelizumabem.</p> <p>2.6. tislelizumab w monoterapii</p> <p>Zalecana dawka tislelizumabu: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.</p>	<p>brzuszej lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej);</p> <p>19) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia niwolumabem lub tislelizumabem; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia niwolumabem lub tislelizumabem; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia pembrolizumabem lub tislelizumabem; 9) oznaczenie wolnej T4 i TSH; 10) EKG – dotyczy leczenia niwolumabem lub tislelizumabem. <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta, w przypadku leczenia ESCC lub EAC niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo ipilimumabem lub leczenia tislelizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, – nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia niwolumabem w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC) lub tislelizumabem w monoterapii,
---	--	--

Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie.

5) leczenie **tislelizumabem w monoterapii** dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem płaskonabłonkowym przelyku, którzy wcześniej otrzymali chemioterapię opartą na pochodnych *platyny* (II linia leczenia).

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej *platyny*:

a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia

lub

b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii. Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie.

Leczenie **zaawansowanego gruczolaka przelyku (EAC) lub połączenia żołądkowo-przelykowego (AEG)** obejmuje:

1) leczenie ***niwolumabem*** w skojarzeniu z **chemioterapią** skojarzoną opartą na ***fluoropirymidynie (5FU)*** i pochodnej ***platyny (oksaliplatynie lub kapecytabinie*** - według schematu ***CAPOX*** lub ***FOLFOX***) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem przelyku z ekspresją PD-L1 wg skali CPS \geq 5 (I linia leczenia).

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6

- przed każdym podaniem *ipilimumabu*,
- u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem*, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną,
- przed każdym podaniem chemioterapii stosowanej w terapii skojarzonej z *pembrolizumabem* należy wykonać badania wymienione w ppkt 1), 2), 4), 5), 6), 8),
- nie rzadziej niż 6 tygodni należy wykonać badanie wymienione w ppkt 9) w przypadku leczenia *pembrolizumabem*.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne w zależności od sytuacji klinicznej.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

miesiący od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

- 2) leczenie **pembrolizumabem** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą **pochodną platyny i fluoropirymidynę** dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym gruczolakorakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami, lub z HER-2 ujemnym gruczolakorakiem połączenia przełykowo-żołądkowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 10 (I linia leczenia).

Do leczenia *pembrolizumabem* kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego gruczolakoraka przełyku nieoperacyjnego lub z przerzutami, lub HER-2 ujemnego zaawansowanego lub z przerzutami gruczolakoraka połączenia przełykowo-żołądkowego typu I wg klasyfikacji Siewerta, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii u danego pacjenta z wykorzystaniem *niwolumabu* albo *pembrolizumabu* albo *tislelizumabu*.

1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) histologicznie potwierdzony:
 - rak przełyku (płaskonabłonkowy lub gruczolowy) lub połączenia żołądkowo-przełykowego bez przerzutów

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

odległych z chorobą ocenioną mikroskopowo \geq ypT1 lub \geq ypN1 - dotyczy leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii,

- rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu lokoregionalnym - dotyczy leczenia *ESCC niwolumabem* w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*,

- płaskonabłonkowy lub gruczołowy rak przełyku miejscowo zaawansowany nieoperacyjny lub z przerzutami, lub gruczołowy HER-2 ujemny zaawansowany lub z przerzutami rak połączenia przełykowo-żołądkowego typu I wg klasyfikacji Siewerta - dotyczy leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,

- gruczolakorak przełyku nieoperacyjny miejscowo zaawansowany lub przerzutowy - dotyczy leczenia *EAC niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,

- rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym - dotyczy leczenia *tislelizumabem* w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią;

3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score):

- \geq 5 w przypadku leczenia *EAC niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią,

- \geq 10 w przypadku leczenia *pembrolizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;

4) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg TPS (tumor

proportion score) ≥ 1 % – dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*;

- 5) udokumentowana i potwierdzona ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej ≥ 5 % za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia *tislelizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią;
- 6) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/- w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią oraz leczenia EAC lub AEG *pembrolizumabem*;
- 7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
- 8) sprawność w stopniu 0-1 według skali ECOG;
- 9) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca;
- 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 11) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 12) nieobecność objawowych przerzutów do OUN;
- 13) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego;

- 14) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;
- 15) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 17) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Czas leczenia w programie

Leczenie *niwolumabem* w monoterapii (II linia leczenia ESCC) lub *pembrolizumabem* lub *tislelizumabem* w monoterapii trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

Leczenie *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią (ESCC lub EAC) albo *ipilimumabem* (ESCC) lub *tislelizumabem* w skojarzeniu z chemioterapią, u pacjentów bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności trwa maksymalnie 24 miesiące.

Leczenie uzupełniające (adiuwantowe) *niwolumabem* w monoterapii trwa maksymalnie 12 miesięcy.

Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić:

- 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* w monoterapii albo w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem* albo leczenia *tislelizumabem* w monoterapii albo w skojarzeniu z chemioterapią,
- 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii,
- 6 tygodni w przypadku leczenia *pembrolicumabem*.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;
- 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych

<p>oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
<p>LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZELYKOWEGO</p>		
<p>W programie finansuje się trzy linie leczenia zaawansowanego raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przelykowego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>niwolumab</i>; 2) <i>tislelizumab</i>; 3) <i>ramucyrumab</i>; 4) <i>triflurydyna z typiracylem</i>; 5) <i>trastuzumab derukstekan</i>. <p>Leczenie zaawansowanego gruczolaka raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przelykowego obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią skojarzoną opartą na <i>fluoropirymidynie (5FU)</i> i poходnej platyny (oksaliplatynie lub kapecytabinie - według schematu <i>CAPOX</i> lub <i>FOLFOX</i>) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przelykowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 5 (I linia leczenia). <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. niwolumab</p> <p>Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Dawkowanie chemioterapii opartej na <i>fluoropirymidynie (5FU)</i> i pochodnej <i>platyny (oksaliplatynie lub kapecytabinie</i> - według schematu <i>CAPOX</i> lub <i>FOLFOX</i>) stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia <i>niwolumabem</i>.</p> <p>1.2. tislelizumab</p> <p>Zalecana dawka <i>tislelizumabu</i>: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Dawkowanie chemioterapii opartej na <i>fluoropirymidynie</i> i pochodnej <i>platyny (cisplatyna + 5-fluorouracyl</i> lub schemat</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Badania ogólne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia gruczolaka żołądka lub połączenia przelykowo-żołądkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 8) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian i wskazań klinicznych; 9) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy; 10) elektrokardiografia (EKG); 11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>1.2. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>tislelizumabem</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2;

2) leczenie *tislelizumabem* w skojarzeniu z **chemioterapią** skojarzoną opartą na *fluoropirymidynie* i **po pochodnej platyny** (*cisplatyna+5-fluorouracyl* lub schemat *CAPOX*) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym, nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego z ekspresją PD-L1 $\geq 5\%$ (I linia leczenia).

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

3) leczenie *ramucyrumabem* w skojarzeniu z *paklitakselem* w przypadku pacjentów, u których wykazano progresję choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi platyny i *fluoropirymidyną* (II linia leczenia).

Do leczenia *ramucyrumabem* kwalifikowani są pacjenci z udokumentowaną obiektywną radiologiczną lub kliniczną progresją choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi platyny i *fluoropirymidyną*.

4) leczenie *triflurydyną* z *typiracylem* pacjentów z gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego w stadium uogólnionym (obecność przerzutów w narządach odległych), u których udokumentowano nieskuteczność dwóch wcześniejszych standardowych schematów leczenia choroby zaawansowanej, w tym obejmujących *fluoropirymidynę*, *platynę* i *taksany* lub *irynotekan* (III linia leczenia).

Ponadto, w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*, z potwierdzoną

CAPOX) stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.

W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia *tislelizumabem*.

1.3. *ramucyrumab*

Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Dawka *paklitakselu*: **80 mg/m²**, podawana we wlewie dożylnym w **1., 8. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni**.

Przed podaniem *ramucyrumabu* we wlewie zaleca się premedykację antagonistą receptora histaminowego H1 (na przykład difenhydraminą). W przypadku wystąpienia u pacjenta reakcji nadwrażliwości, postępowanie, w tym modyfikacja premedykacji, powinno być zgodne z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Premedykacja przed podaniem *paklitakselu* powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną.

1.4. *triflurydyna* z *typiracylem*

2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5 – dotyczy leczenia *niwolumabem*;

3) potwierdzenie ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej $\geq 5\%$ za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia *tislelizumabem*;

4) oznaczenie stężenia glukozy;

5) oznaczenie poziomu sodu, potasu;

6) oznaczenie poziomu fT4 i TSH.

1.3. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia *ramucyrumabem*:

1) oznaczenie czasu protrombinowego lub INR;

2) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);

3) badanie ogólne moczu (jeśli w wyniku badania stwierdza się obecność białka na co najmniej 2+ należy zlecić 24-godzinną zbiórkę moczu);

4) pomiar ciśnienia tętniczego.

1.4. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*:

1) badanie ogólne moczu.

1.5. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia *trastuzumabem derukstekanem*:

1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ potwierdzające nadekspresję receptora HER2 (brak możliwości wykorzystania badania wykonanego wcześniej, z wyjątkiem sytuacji, w których ponowne wykonanie badania

nadekspresją receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego wymagana jest wcześniejsza terapia anty-HER2.

- 5) leczenie **trastuzumabem derukstekanem** pacjentów z HER2 dodatnim zaawansowanym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego, którzy otrzymali wcześniej schemat leczenia oparty na *trastuzumabie* (II lub kolejne linie leczenia).

W programie istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii z wykorzystaniem *niwolumabu* albo *tislelizumabu*.

1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego;
- 3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5 – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
- 4) udokumentowana i potwierdzona ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej $\geq 5\%$ za pomocą przeznaczonego do tego celu testu IVD posiadającego oznakowanie CE. Jeśli oznaczenie za pomocą testu CE IVD nie jest dostępne, należy zastosować alternatywny zwalidowany test – dotyczy leczenia *tislelizumabem*
- 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/- w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;

Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.5. *trastuzumab derukstekan*

Szczegóły dotyczące dawkowania i sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

nie jest możliwe ze względów klinicznych lub z powodu braku możliwości pobrania tkanki do badania).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
- 7) oznaczenie poziomu sodu i potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
- 8) oznaczenie poziomu fT4 i TSH – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
- 9) badanie parametrów układu krzepnięcia w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*;
- 10) EKG w razie wskazań klinicznych;
- 11) badanie ogólne moczu – dotyczy leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*

Badania wykonuje się:

- nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta w przypadku leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*,
- przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia *ramucyrumabem*,
- przed każdym cyklem podania *triflurydyny* w skojarzeniu z *typiracylem*,

- 6) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca - dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
- 7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
- 8) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;
- 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 11) nieobecność objawowych przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem* lub *triflurydyną* z *typiracylem* lub *trastuzumabem derukstekanem*;
- 12) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*;
- 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;
- 14) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
- 15) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 17) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.

- u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem* lub chemioterapii skojarzonej z *tislelizumabem* badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną,
- dodatkowo przed podaniem każdej dawki *paklitakselu* badania w ppkt. 1), 3), 4) i 5),
- dodatkowo każdorazowo należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego w przypadku leczenia *ramucyrumabem*,
- przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia *trastuzumabem derukstekanem*.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy, tomografia komputerowa lub RTG klatki piersiowej lub inne badania w razie wskazań klinicznych.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Badania wykonuje się:

- nie rzadziej niż co 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem* lub *trastuzumabem derukstekanem*,
- nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu jeśli leczenie było czasowo przerwane) w przypadku leczenia *ramucyrumabem*,

18) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka określana jako wynik IHC /3+/ lub IHC /2+/, wynik + w badaniu ISH – dotyczy leczenia *trastuzumabem derukstekanem*.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Czas leczenia

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

W przypadku leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*, u chorych bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące.

Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić:

- 1) 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* lub *tislelizumabem*;
- 2) 8 tygodni w przypadku leczenia *ramucyrumabem* lub *triflurydyną z typiracylem*;
- 3) zgodnie z ChPL w przypadku *trastuzumabu derukstekanu*.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST (w przypadku

- nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia) w przypadku leczenia *triflurydyną z typiracylem*.

Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia można wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników w skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

<p><i>niwolumabu</i>, w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni);</p> <ol style="list-style-type: none">2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;7) okres ciąży lub karmienia piersią;8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		<p>papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;</p> <ol style="list-style-type: none">4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.
---	--	--

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie systemowe substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>niwolumab</i>; 2) <i>pembrolizumab</i>; 3) <i>niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</i>; 4) <i>wemurafenib w skojarzeniu z kobimetynibem</i>; 5) <i>enkorafenib w skojarzeniu z binimetynibem</i>; 6) <i>dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem</i>; 7) <i>niwolumab w skojarzeniu z relatlimabem</i>. <p>W leczeniu uzupełniającym finansuje się substancje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>niwolumab</i>; 2) <i>pembrolizumab</i>; 3) <i>dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem</i>. <p>W leczeniu przedoperacyjnym finansuje się substancje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</i>. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Szczegóły sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>1.1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabu w skojarzeniu z relatlimabem</p> <p>Terapie te nie mogą być stosowane łącznie z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) innym przeciwciałem monoklonalnym (nie dotyczy skojarzenia niwolumabu z ipilimumabem i skojarzenia niwolumabu z relatlimabem); 2) inhibitorem kinazy BRAF; 3) inhibitorem kinazy MEK. <p>1.1.1. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem:</p> <p>Pacjenci o masie ciała co najmniej 50 kg:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 240 mg co 2 tygodnie lub 2) 480 mg co 4 tygodnie. 	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie histologiczne potwierdzające obecność czerniaka; 2) ocena obecności mutacji BRAF V600 – nie dotyczy terapii czerniaka w stopniu IIB lub IIC; 3) ocena ekspresji PDL1 na komórkach nowotworu – dla terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 4) wykluczenie przerzutów w biopsji węzłów wartowniczych – dla terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem czerniaka w stopniu IIB lub IIC; 5) morfologia krwi z rozmazem; 6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi; 10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem,

<p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej (dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem wiek 12 lat i powyżej; dla niwolumabu w terapii uzupełniającej po resekcji czerniaka w stadium IIB/IIC wiek 12 lat i powyżej);</p> <p>2) histopatologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych:</p> <p>a) w stadium zaawansowania IIB lub IIC (dotyczy terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem),</p> <p>b) w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV – dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem lub wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem,</p> <p>c) po całkowitym wycięciu w stopniu zaawansowania III (dla terapii uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem) lub z przerzutami odległymi (tylko dla terapii uzupełniającej niwolumabem);</p> <p>d) w stadium zaawansowania IIIB, IIIC, IIID (klinicznego, operacyjnego) – dla terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem;</p> <p>3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;</p> <p>4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji</p>	<p>Pacjenci o masie ciała poniżej 50 kg:</p> <p>1) 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie lub</p> <p>2) 6 mg/kg mc. co 4 tygodnie.</p> <p>1.1.2. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem:</p> <p>Niwolumab w dawce 1 mg/kg m.c. oraz ipilimumab w dawce 3 mg/kg m.c., co 3 tygodnie dla czterech pierwszych dawek.</p> <p>W przypadku terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem przed resekcją podaje się maksymalnie 2 dawki terapii skojarzonej: niwolumab w dawce 240 mg i ipilimumab w dawce 80 mg.</p> <p>1.1.3. Zalecane dawki dla terapii pembrolizumabem:</p> <p>1) 200 mg co 3 tygodnie lub</p> <p>2) 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>1.1.4. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem:</p> <p>Niwolumab w dawce 480 mg i relatlimab w dawce 160 mg co 4 tygodnie.</p> <p>Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem (w tym u tych chorych, którzy otrzymywali skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem) lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby,</p>	<p>dabrafenibem z trametynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem;</p> <p>11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi;</p> <p>13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi;</p> <p>14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu);</p> <p>15) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem;</p> <p>16) ogólne badanie moczu dla leczonych niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem;</p> <p>17) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną całej skóry;</p> <p>18) pomiar masy ciała;</p> <p>19) ocena sprawności w skali ECOG;</p> <p>20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>21) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>22) badania obrazowe w celu oceny zmian nowotworowych;</p> <p>23) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w celu udokumentowania zmian przerzutowych;</p>
--	--	---

<p>RECIST – nie dotyczy leczenia uzupełniającego i przedoperacyjnego;</p> <p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;</p> <p>7) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytych leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;</p> <p>8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</p> <p>1.2.1. niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem</p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu oraz z wyjątkiem stosowania wcześniejszej terapii przedoperacyjnej niwolumabem z ipilimumabem) oraz</p> <p>a) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego czerniaka skóry lub</p>	<p>częściowa lub całkowita odpowiedź wg RECIST) pod następującymi warunkami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach; 2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku; 3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii. <p>W przypadku wystąpienia progresji istnieje możliwość powrotu do tego leczenia, o ile pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu oraz nie zachodzą inne przeciwwskazania do leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem.</p> <p>1.2. Dawkowanie wemurafenibu w skojarzeniu z kobimetynibem lub dabrafenibu z trametynibem</p> <p>W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z powyższych leków w terapii skojarzonej z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu.</p> <p>Pacjenci włączeni do programu przez 1 marca 2017 r. mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem lub dabrafenibem aż do zakończenia leczenia.</p> <p>1.2.1. Zalecane dawki dla terapii dabrafenibem z trametynibem:</p> <p>Dabrafenib w dawce 150 mg dwa razy na dobę oraz trametynib w dawce 2 mg raz na dobę.</p> <p>1.2.2. Zalecane dawki dla monoterapii dabrafenibem:</p>	<p>24) inne badania laboratoryjne i obrazowe (w tym scyntygrafia) w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Dodatkowo dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 2) badanie okulistyczne ostrości i pola widzenia oraz dna oka. <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 28 dni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>Badania obrazowe powinny być wykonane w ciągu maksymalnie 3 miesięcy poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST (nie dotyczy leczenia uzupełniającego i przedoperacyjnego).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną przedmiotową całej skóry; 2) pomiar masy ciała; 3) ocena sprawności w skali ECOG; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;
--	---	---

<p>b) nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem). Farmakologiczne leczenie systemowe (w tym z użyciem anty-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego.</p> <p>Wcześniejsze leczenie uzupełniające terapią anty-PD-1 czerniaka w stopniu IIB lub IIC (dotyczy pembrolizumabu i niwolumabu), czerniaka z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji; nie wyklucza z możliwości zastosowania immunoterapii w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV.</p> <p>2) potwierdzenie ekspresji PDL1 < 1% na komórkach nowotworu (dotyczy terapii niwolumabem z relatlimabem).</p> <p>1.2.2. skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub terapii skojarzonej dabrafenibem z trametynibem lub terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms; 3) wykluczone jednoczesne stosowanie chemioterapii. 	<p>150 mg dwa razy na dobę.</p> <p>1.2.3. Zalecane dawki dla terapii wemurafenibem w skojarzeniu z kobimetynibem:</p> <p>Wemurafenib w dawce 960 mg dwa razy na dobę oraz kobimetynib w dawce 60 mg raz na dobę.</p> <p>Terapię kobimetynibem prowadzi się w cyklach 28-dniowych: po 21 dniach podawania leku następuje 7-dniowa przerwa.</p> <p>1.3. Dawkowanie enkorafenibu w skojarzeniu z binimetynibem:</p> <p>1.3.1. Zalecane dawki dla terapii enkorafenibem w skojarzeniu z binimetynibem:</p> <p>Enkorafenib w dawce 450 mg raz na dobę oraz binimetynib w dawce 45 mg dwa razy na dobę.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi; 10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem, dabrafenibem z trametynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem; 11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi; 13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu); 15) oznaczenie stężenia TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 16) ogólne badanie moczu - dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem; 17) pomiar temperatury ciała i wywiad w kierunku występowania gorączek; 18) elektrokardiogram (EKG); 19) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej
--	--	---

1.2.3. uzupełniającej dabrafenibem w skojarzeniu z trametynibem

- 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;
- 2) całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni lub 12 tygodni, jeżeli terapia uzupełniająca podawana jest po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem z ipilimumabem).

1.2.4. uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem

- 1) całkowita resekcja czerniaka (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji maksymalnie 16 tygodni lub 12 tygodni, jeżeli terapia uzupełniająca (wyłącznie niwolumabem) podawana jest po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem z ipilimumabem);
- 2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych (dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem) lub przerzutów odległych (dla terapii niwolumabem) w stadiach zaawansowania III – IV (nie dotyczy terapii uzupełniającej niwolumabem stosowanej po terapii neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem, która dotyczy jedynie chorych w klinicznym stopniu III);
- 3) brak wystarczającej odpowiedzi patomorfologicznej po zastosowaniu terapii neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem – tylko dla terapii

wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem;

- 20) badanie okulistyczne, w tym dna oka, w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem.

Badania laboratoryjne wykonuje się:

- 1) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem: co 6 – 12 tygodni;
- 2) dla terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem badania wykonuje się w terminie między drugą dawką a resekcją;
- 3) dla pozostałych terapii nie rzadziej niż co 8 – 10 tygodni.

Zaleca się, aby wszystkie próbki były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku (z wyjątkiem leczenia przedoperacyjnego niwolumabem z ipilimumabem).

Elektrokardiogram wykonuje się po miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania.

W przypadku wskazań klinicznych badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściowo.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: badanie TK

<p>adjuwantowej niwolumabem (jako niewystarczającą odpowiedź patomorfologiczną definiuje się więcej niż 10% żywego tkania nowotworowego w materiale pooperacyjnym);</p> <p>4) wykluczenie przerzutów do węzłów wartowniczych – dla terapii pembrolizumabem lub niwolumabem w stadiach zaawansowania IIB – IIC;</p> <p>5) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry – za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się:</p> <p>a) uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;</p> <p>b) leczenia przedoperacyjnego niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem (wyłącznie dla terapii uzupełniającej niwolumabem) - leczenie można rozpocząć w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia.</p> <p>1.2.5. neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem</p> <p>1) kwalifikacja do całkowitej resekcji czerniaka wraz z terapeutyczną limfadenektomią i/lub wycięciem przerzutów in transit – termin od rozpoczęcia leczenia neoadjuwantowego do resekcji maksymalnie 8 tygodni;</p> <p>2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych lub resekcyjne przerzuty in transit;</p> <p>3) brak przerzutów odległych.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie</p>		<p>lub MRI odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem: co 14 – 18 tygodni; 2) dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem: po 12 tygodniach, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 3) dla terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem po resekcji w stadium IIB lub IIC: po 26 tygodniach, a następnie co 6 – 7 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 4) dla terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 5) dla terapii przedoperacyjnej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem badania wykonuje się w terminie między drugą dawką a resekcją. <p>Dodatkowo, w przypadku chorych, którzy otrzymali terapię przedoperacyjną niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem należy wykonać ocenę patomorfologiczną odpowiedzi na to leczenie w ciągu 4 tygodni od daty leczenia chirurgicznego.</p> <p>W przypadku chorych leczonych w programie przynajmniej 24 miesiące i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź</p>
--	--	--

lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego, przy czym dla leczenia uzupełniającego łączny czas terapii od rozpoczęcia nie jest dłuższy niż wskazano w punkcie 2.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- 1) uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem trwa ona maksymalnie 12 miesięcy;
- 2) w przypadku gdy terapia uzupełniająca niwolumabem lub dabrafenibem z trametynibem stosowana jest po terapii neoadjuwantowej niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem trwa maksymalnie odpowiednio 44 tygodnie i 46 tygodni.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST
- 2) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

obiektywną lub stabilizację choroby, badania wykonuje się co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji.

Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności stosowanych w ramach niniejszego programu terapii określa się indywidualnie dla każdego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie;
- stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD);
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

2.3. Kontrola podczas obserwacji chorych, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszono

- 1) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych;
- 2) dermatoskopia nowych zmian skórnych;
- 3) zachęcanie pacjenta do samokontroli okolicy operowanej i regionu splotu chłonnego;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi;
- 5) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej lub asparaginianowej we krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;

<p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnym opiekunów.</p>		<p>8) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi;</p> <p>9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym sodu, potasu, wapnia, magnezu) we krwi;</p> <p>10) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi;</p> <p>11) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych;</p> <p>12) scyntygrafia kości w razie wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy).</p> <p>Kontrolę pacjenta przeprowadza się:</p> <ol style="list-style-type: none">1) w okresie do 3 lat od zawieszenia: co 3 – 4 miesiące;2) w okresie kolejnych 3 lat: co 6 – 8 miesięcy;3) w okresie po 6 latach od zawieszenia: raz w roku, do końca życia, ale tylko badania wymienione w punktach od 1 do 10. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
---	--	--

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ (ICD-10: E72.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. do leczenia systemowego cystynozy nefropatycznej cysteaminą w postaci doustnej</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego; 2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz). <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>1.2. do leczenia miejscowego cystynozy nefropatycznej z towarzyszącym odkładaniem się kryształków cystyny w rogówce oka cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego; 	<p>1. Dawkowanie cysteaminą w postaci doustnej</p> <p>Zalecana dawka dobową cysteaminą u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m² powierzchni ciała /dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobową leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m² powierzchni ciała/dobę.</p> <p>2. Dawkowanie cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu</p> <p>Zalecana dawka to jedna kropla zakraplana do każdego oka 4 razy na dobę w godzinach dziennych. Pomiędzy każdym zakraplaniem zaleca się zachować 4 godziny odstępu.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPART, ALAT) w surowicy krwi na czczo; 4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 5) gazometria krwi żyłnej; 6) badanie ogólne moczu; 7) stężenie TSH, fT4; 8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 9) USG jamy brzusznej; 10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR; 11) konsultacja neurologiczna; 12) konsultacja endokrynologiczna;

<p>2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz);</p> <p>3) zidentyfikowanie kryształków cystyny w badaniu przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym;</p> <p>4) wiek ≥ 2 lat.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Leczenie miejscowe cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu może być stosowane jednocześnie z leczeniem systemowym cysteaminą w postaci doustnej.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze;</p> <p>2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie;</p> <p>3) nadwrażliwość na penicylaminę;</p>	<p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego dawkę można stopniowo zmniejszać (do minimalnej całkowitej dobowej dawki równej 1 kropli zakraplanej do każdego oka) w zależności od wyników badań okulistycznych (np. odkładanie się kryształków cystyny w rogówce, nadwrażliwość na światło).</p>	<p>13) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.;</p> <p>14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym);</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Raz na 90 dni:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo;</p> <p>3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki);</p> <p>4) gazometria krwi żyłnej;</p> <p>5) badanie ogólne moczu;</p> <p>6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;</p> <p>7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR.</p> <p>2.2. Raz na 180 dni:</p> <p>1) stężenie TSH, fT4;</p> <p>2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym);</p> <p>3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej.</p> <p>2.3. Raz na 365 dni:</p> <p>1) USG jamy brzusznej;</p> <p>2) konsultacja neurologiczna;</p>
---	---	---

- 4) karmienie piersią;
- 5) ciąża;
- 6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych;
- 7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia.

- 3) konsultacja endokrynologiczna;
- 4) konsultacja psychologiczna;
- 5) konsultacja gastrologiczna;
- 6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria włączenia do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej; 2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności; 3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6); 4) wiek \geq 18 lat. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)</p> <p>Do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli leczeni przetoczeniami immunoglobulin w ramach innego programu lekowego lub w ramach JGP, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej z wykorzystaniem Ig spełniali kryteria włączenia do programu.</p>	<p>1. Substancja czynna: immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20)</p> <p>2. Sposób podania: dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg)</p> <p>3. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie, sposób podania i wybór preparatu powinny być ustalone indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od odpowiedzi na terapię, w aspekcie osiągnięcia odpowiednich parametrów laboratoryjnych oraz zadowalającego stanu klinicznego.</p> <p>IVIg (podanie dożylnie) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni.</p> <p>SCIg (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) poziom glukozy w surowicy krwi; 4) oznaczenie w żyłnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;

<p>Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu.</p>	<p>podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.</p>	<p>10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);</p>
<p>3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>1) terapia substytucyjna Ig pacjentów zakwalifikowanych do programu jest prowadzona do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) możliwa jest, wynosząca do 6 miesięcy przerwa dotycząca substytucji Ig, niewymagająca ponownej kwalifikacji pacjenta do udziału w programie lekowym. Decyzje odnośnie długości przerwy podejmuje specjalista immunologii klinicznej, na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wybranych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w trakcie monitorowania leczenia;</p> <p>3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.</p>	<p>SCIg+rHuPH20 (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.</p>	<p>11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;</p> <p>12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.</p>
<p>4. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej</p> <p>lub</p>	<p>Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg i fSCIg lub podczas wizyt kontrolnych - w przypadku SCIg i fSCIg).</p> <p>Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG, 2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego, 3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do 	<p>W przypadku pacjentów nowo zakwalifikowanych do programu lekowego, lecz otrzymujących uprzednio terapię substytucyjną Ig, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego.</p>
		<p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej; 2) liczebność subpopulacji limfocytów w żyłnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych; 3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy; 4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy; 5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy; 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy; 7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy; 8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy; 9) masa ciała na każdej wizycie;

<p>2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej</p> <p>lub</p> <p>3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.</p>	<p>podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia,</p> <p>4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg lub fSCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta,</p> <p>5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p>10) ciśnienie krwi na każdej wizycie;</p> <p>11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych);</p> <p>12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	---	---

Załącznik B.64.

LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej -2 SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych;2) wiek > 4 lat;3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji);5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości;7) stężenie hormonu wzrostu ≥ 10 ng/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu);8) brak przeciwwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,48–1,29 IU/kg/tydz. (0,16–0,43 mg/kg/tydz.), optymalnie ok. 0,75 IU/kg/tydz. (0,25 mg/kg/tydz.).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">1) pomiar stężenia IGF-1;2) pomiar stężenia IGFBP3;3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA_{1c});5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;6) pomiar stężeń triglicerydów;7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;8) pomiar frakcji HDL cholesterolu;9) pomiar frakcji LDL cholesterolu;10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;11) badanie dna oka;12) pomiar stężenia TSH;13) pomiar stężenia fT₄;14) pomiar stężenia fT₃;15) RTG śródreźcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego,16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);17) morfologia krwi z rozmazem;18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu:

- 1) objawy pseudo-tumor cerebri;
- 2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej;
- 3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci.

O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) złuszczenie głowy kości udowej;
- 2) pseudo-tumor cerebri;
- 3) cukrzyca;
- 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy;
- 6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok;
- 7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca;
- 8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała;
- 9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe;
- 10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych;
- 11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci

konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;

- 19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;
- 20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu:
 - a) test z insuliną,
 - b) test z klonidyną,
 - c) test z glukagonem,
 - d) test z levodopą;
- 21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI);
- 22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o kariotyp lub badanie molekularne;
- 23) USG jamy brzusznej;
- 24) USG serca;
- 25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

2. Monitorowanie leczenia

2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii

- 1) pomiar stężenia IGF-1;
- 2) pomiar stężenia IGFBP3;
- 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;
- 4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

2.2 Co 180 dni

- 1) pomiar glikemii na czczo;

<p>stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA_{1c}; 3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni); 4) pomiar stężenia TSH; 5) pomiar stężenia fT₄; 6) pomiar stężenia fT₃; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. <p>2.3 Co 365 dni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia triglicerydów; 4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu; 5) pomiar frakcji LDL cholesterolu; 6) pomiar frakcji HDL cholesterolu; 7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi: <ol style="list-style-type: none"> a) badanie dna oka, b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera; 8) RTG śródreżca, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego; 9) morfologia krwi z rozmazem;
--	--	---

		<p>10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;</p> <p>11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;</p> <p>12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:</p> <ul style="list-style-type: none">a) USG lub RTG stawów biodrowych,b) TK lub MRI stawów biodrowych,c) konsultacja ortopedyczna; <p>13) w zależności od potrzeb:</p> <ul style="list-style-type: none">a) USG jamy brzusznej,b) USG klatki piersiowej,c) konsultacja ortopedyczna,d) konsultacja okulistyczna,e) konsultacja neurologiczna,f) konsultacja hemato-onkologa,g) konsultacja genetyczna,h) konsultacja psychologiczna,i) TK,j) MRI,k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. <p>2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:</p> <p>1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:</p> <ul style="list-style-type: none">a) konsultacja okulistyczna,b) konsultacja neurologiczna,c) jonogram surowicy krwi,d) obrazowanie ośrodkowego układu
--	--	--

		<p>nerwowego TK z kontrastem lub MRI;</p> <ol style="list-style-type: none">2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1:<ol style="list-style-type: none">a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni;3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<ol style="list-style-type: none">a) USG lub RTG stawów biodrowych,b) TK lub MRI stawów biodrowych,c) konsultacja ortopedyczna. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10: C91.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10: C91.0)		
<p>W ramach części I programu lekowego chorym na ostrą białaczkę limfoblastyczną udostępnia się poniższe terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji wcześniej stosowanych inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>ponatynibem</i> (dorośli pacjenci z obecnością genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia), 2) od 2. lub kolejnej linii leczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>blinatumomabem</i> (dzieci i dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), b) <i>inotuzumabem ozogamcyny</i> (dorośli pacjenci bez względu na obecność chromosomu Filadelfia), 3) w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową (MRD): <ol style="list-style-type: none"> a) <i>blinatumomabem</i> (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2 albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p>	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. ponatynib</p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>ponatynibu</i> wynosi 45 mg podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>U pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL lub z opomością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym można stosować dawkę 30 mg lub 15 mg podawaną doustnie raz na dobę.</p> <p>1.2. blinatumomab</p> <p>1.2.1. od 2. lub kolejnej linii leczenia</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a pomiędzy cyklami występuje 14-dniowy okres bez leczenia.</p> <p>Zalecana dobową dawkę <i>blinatumomabu</i> jest ustalana według masy ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Pacjentom o masie ciała 45 kg lub większej podaje się stałą dawkę, a pacjenci ważący mniej</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do: terapii ponatynibem, terapii blinatumomabem od 2. lub kolejnej linii leczenia, lub terapii inotuzumabem ozogamcyny od 2. lub kolejnej linii leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie cytologiczne szpiku; 3) dodatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, e) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, f) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, g) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; h) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność genu <i>BCR-ABL*</i> we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. 4) dodatkowo w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> u dorosłych i dzieci:

<p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej; 2) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) zgoda pacjenta (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</p> <p>1.2.1. ponatyni b</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) udokumentowana obecność genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 4) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub całkowitej remisji cytogenetycznej 	<p>niż 45 kg otrzymują dawkę obliczoną w oparciu o pole powierzchni ciała (pc.).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pacjenci o masie ciała <45 kg: <p><u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w dniach 1-7 w dawce 5 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 9 µg); – w dniach 8-28 w dawce 15 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 28 µg). <p>W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).</p> <p><u>Cykl 2:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 15 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 28 µg).</p> 2) Pacjenci o masie ciała ≥45 kg: <p><u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w dniach 1-7 w dawce 9 µg/dobę w ciągłej infuzji; – w dniach 8-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji. <p>W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).</p> <p><u>Cykl 2:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.</p> 	<ol style="list-style-type: none"> a) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi, b) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi, c) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi; d) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu: <ul style="list-style-type: none"> – badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego, lub – badania obrazowe OUN, e) dodatkowo w przypadku kwalifikacji dziecka - badanie próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10⁻⁴ w celu oceny mierzalnej choroby resztkowej; <p>5) dodatkowo w przypadku terapii <i>inotuzumabem ozogamiczyną</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, d) oznaczenie APTT, e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
---	---	---

<p>po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzone utrzymywanie się dodatniej mierzalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania <i>dazatynibu</i>,</p> <p>lub</p> <p>b) wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania <i>dazatynibu</i>,</p> <p>lub</p> <p>c) nietolerancja leczenia <i>dazatynibem</i>, uniemożliwiająca jego dalsze stosowanie, stwierdzona na dowolnym etapie leczenia,</p> <p>lub</p> <p>d) udokumentowana obecność mutacji T315I genu <i>BCR-ABL</i>, której wystąpienie stwierdzono na dowolnym etapie leczenia.</p> <p>1.2.2. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dzieci do ukończenia 1. roku życia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek do ukończenia 1. roku życia; 2) wrodzona ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 3) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białczkowych; 4) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia; 5) wznowa lub brak molekularnej remisji choroby; 6) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu; 7) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy dzieci, u których wystąpiła 	<p>W przypadku dzieci do ukończenia 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego w leczeniu dzieci od ukończonego 1. roku życia.</p> <p>1.2.2. w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową</p> <p>Cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a po nim występuje 14-dniowy okres bez leczenia.</p> <p><u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.</p> <p>W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).</p> <p>Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przzerwano na czas nieprzekraczający 7 dni, należy wznowić ten sam cykl leczenia tak, aby ukończyć podawanie infuzji w ciągu 28 dni łącznie, wliczając w to dni przed przzerwaniem i po przzerwaniu cyklu. Jeśli przerwa spowodowana zdarzeniem niepożądanym trwała dłużej niż 7 dni, należy rozpocząć nowy cykl. Jeśli objawy toksyczności nie ustąpią w ciągu 14 dni, należy definitywnie zakończyć podawanie produktu.</p> <p>1.3. inotuzumab ozogamicyny</p> <p><i>Inotuzumab ozogamicyny</i> podawany jest dożylnie w infuzji trwającej 1 godzinę.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pacjenci, u których planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych 	<ol style="list-style-type: none"> f) oznaczenie stężenia fibrynogenu, g) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD22 w szpiku lub krwi, h) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białczkowych z ekspresją CD22, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białczkowych we krwi, i) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białczkowych we krwi, <p>1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii blinatumomabem w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10⁻⁴; 2) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu: <ol style="list-style-type: none"> a) badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego, lub b) badania obrazowe OUN. <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. ponatynibem</p> <p>Badania wykonywane co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc, a następnie co 4 tygodnie:</p>
--	--	--

<p>wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.</p> <p>1.2.3. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dzieci od ukończonego 1. roku życia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek od ukończonego 1. roku życia do ukończenia 18. roku życia; 2) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 3) brak obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia; 4) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych; 5) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia; 6) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia, definiowany jako: <ul style="list-style-type: none"> – odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) wznowa hematologiczna lub brak molekularnej remisji choroby ($MRD > 10^{-4}$) po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia, lub c) wznowa hematologiczna po wcześniejszym przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, lub d) wznowa u dzieci, u których nie jest planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, 	<p>Leczenie trwa do maksymalnie 3 cykli.</p> <p><u>Cykl 1:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w 3 dawkach podzielonych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl.</p> <p>Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności.</p> <p><u>Cykle 2 i 3:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m² pc./cykl.</p> <p>U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi; 6) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi; 7) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; <p>Badania wskazane w pkt 5-8 wykonuje się tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem.</p> <p>2.2. blinatumomabem w terapii od 2. lub kolejnej linii leczenia</p> <p>Badanie wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia). <p>Leczenie prowadzone jest (zarówno w przypadku dzieci jak i dorosłych) w warunkach szpitalnych lub domowych.</p> <p>2.3. inotuzumabem ozogamycyny</p> <p>Badania wykonywane w czasie pierwszego cyklu co najmniej 1 raz w tygodniu, przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu, a następnie co najmniej 1 raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.
--	---	---

<p>lub</p> <p>e) wcześniejsze zakwalifikowanie do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7 dni, ale nie dłuższa niż 14 dni).</p> <p>W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;</p> <p>7) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy dzieci, u których nastąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.</p> <p>1.2.4. blinatumomab (2. lub kolejna linia leczenia) – dorośli</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 4) brak obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia; 5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych; 6) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia; 7) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję definiowany jako: 	<p>Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.</p> <p>2) Pacjenci, u których nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</p> <p>Leczenie trwa do maksymalnie 6 cykli, jednakże w przypadku pacjentów, którzy nie osiągnęli CR lub CRi po 3 cyklach terapii, należy przerwać leczenie po 3 cyklach.</p> <p><u>Cykl 1:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w 3 dawkach podzielonych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl.</p> <p>Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności.</p> <p><u>Cykle 2 i 3:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m² pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali</p>	<p>2.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową</p> <p>Badanie wykonane po cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia). <p>Leczenie prowadzone jest warunkach szpitalnych lub domowych.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>3.1. ponatyni bem</p> <p>Badania wykonywane co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące, a następnie co 8-12 tygodni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie cytogenetyczne lub badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność genu <i>BCR-ABL*</i> we krwi lub szpiku; 2) badanie cytologiczne szpiku. <p>3.2. blinatumomabem w terapii od 2. lub kolejnej linii leczenia</p> <p>Badania wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi;
--	--	---

<p>– odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ lub</p> <p>– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub</p> <p>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub</p> <p>b) wznowa hematologiczna definiowana jako:</p> <p>– odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ lub</p> <p>– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub</p> <p>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji, tj. stanu, w którym żaden w powyższych warunków nie był spełniony, lub</p> <p>c) wcześniejsze zakwalifikowanie do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7 dni, ale nie dłuższa niż 14 dni).</p> <p>W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;</p> <p>8) brak cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN);</p> <p>9) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku</p>	<p>CR lub CRi <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu:</p> <p>– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl.</p> <p>Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.</p> <p><u>Cykle 4-6:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu:</p> <p>– w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m² pc./cykl.</p> <p>Cykle 4-6 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz zmniejszania dawki leku zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>2) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu oceny obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji);</p> <p>3) badania obrazowe pozaszpikowych ognisk choroby (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji).</p> <p>3.3. inotuzumabem ozogamycyny</p> <p>Badania wykonywane po każdym cyklu leczenia:</p> <p>1) badanie cytologiczne szpiku;</p> <p>2) badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia <i>inotuzumabem ozogamycyny</i> stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych.</p> <p>3.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową</p> <p>Badanie wykonane po cyklu leczenia:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10⁻⁴.</p>
--	---	--

identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy chorych, u których wystąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia alloogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.

1.2.5. inotuzumab ozogamycyny (2. lub kolejna linia leczenia)

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
- 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;
- 4) ekspresja antygenu CD22 > 1% na komórkach białaczkowych;
- 5) w przypadku pacjenta:
 - a) z chromosomem Filadelfia:
 - brak całkowitej remisji po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji
 - lub
 - wznowa hematologiczna po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji,
 - b) bez chromosomu Filadelfia:
 - brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję
 - lub
 - wznowa hematologiczna choroby.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:

1.3.1. blinatumomab - dorośli

Zalecenia dotyczące premedykacji i dodatkowych leków zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
- 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;
- 4) brak obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia;
- 5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białczkowych przy rozpoznaniu;
- 6) stosowanie uprzednio co najmniej trzech schematów standardowego leczenia ostrej białczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG);
- 7) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność <5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 1000/\mu\text{l}$, płytki krwi $\geq 50\ 000/\mu\text{l}$ i stężenie hemoglobiny $\geq 9\ \text{g/dl}$);
- 8) obecność mierzalnej choroby reszkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD $\geq 10^{-3}$, tj. MRD $\geq 0,1\%$ w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4});
- 9) brak uprzedniego przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;
- 10) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;
- 11) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy).

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- 1) *ponatynibem* – należy dążyć do wykonania możliwie szybko przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego, a leczenie *ponatynibem* należy zakończyć przed przeszczepieniem. W przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby.
- 2) *blinatumomabem* od 2. lub kolejnej linii leczenia – można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W momencie kwalifikacji do leczenia *blinatumomabem*, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego), w celu wykonania przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych po jednym lub dwóch cyklach leczenia *blinatumomabem* u chorego, który uzyskał:

a) całkowitą remisję definiowaną jako spełnienie wszystkich następujących warunków:

- odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%,
- brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,
- brak pozaszpikowych ognisk choroby,

lub

b) całkowitą remisję z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) – w przypadku kwalifikacji chorego do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;

3) *inotuzumabem ozogamycyny* – u chorego, u którego:

- a) jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia,
- b) nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia;

4) *blinatumomabem* u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – można zastosować maksymalnie jeden cykl leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby w trakcie leczenia;
- 2) brak remisji:
 - a) w przypadku terapii *ponatynibem*: brak całkowitej remisji hematologicznej po 3 miesiącach stosowania *ponatynibu* u

chorego, u którego stwierdzono oporność na wcześniejsze leczenie *dazatynibem* lub nawrót hematologiczny,

b) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dzieci: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia *blinatumomabem*, definiowany jako:

– odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$
lub

– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,

c) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dorosłych: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia definiowany jako:

– odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$
lub

– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną

lub

– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,

lub brak całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRI);

d) w przypadku terapii *inotuzumabem ozogamycyny*: brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRI) po 3 cyklach leczenia;

3) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;

4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

<p>5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym:</p> <p>a) w przypadku stosowania <i>blinatumomabu</i> od 2. lub kolejnej linii leczenia – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni,</p> <p>b) w przypadku stosowania <i>blinatumomabu</i> u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
II. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ Z KOMÓREK B (ICD-10: C91.0) – Terapia CAR-T		
<p>W ramach części II. programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową ostrą białaczkę limfoblastyczną (ALL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem:</p> <p>1) <i>tisagenlecleucelu</i> (pacjenci w wieku do 25 lat włącznie), albo</p> <p>2) <i>breksukabtagenu autoleucel</i> (pacjenci w wieku 26 lat i powyżej), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p>	<p>1. Dawkowanie leku</p> <p>Schemat dawkowania <i>tisagenlecleucelu</i> oraz <i>breksukabtagenu autoleucel</i> zgodnie zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych substancji czynnych.</p> <p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu</i></p>	<p>1. Badania</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>3) ocena funkcji wątroby, tj.:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</p>

<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczególnej terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B; 2) nawrót choroby lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu. <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</p> <p>1.2.1. tisagenlecleucel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek do 25 lat (włącznie); 2) stan sprawności ≥ 50 według skali Karnofsky'ego (wiek ≥ 16 lat) lub Lansky'ego (wiek < 16 lat); 3) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> a) drugi lub kolejny nawrót; lub b) nawrót po przeszczepieniu allogenicznym krwiotwórczym komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 	<p><i>autoleucel</i>. Przed podaniem <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i> zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych produktów.</p> <p><i>Tisagenlecleucel</i> oraz <i>breksukabtagen autoleucel</i> muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi <i>tisagenlecleucel</i> lub <i>breksukabtagenem autoleucel</i>.</p> <p>2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i>.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4) ocena funkcji nerek, tj.: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych lub ocena molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność lub nawrót choroby; 6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 7) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy); 10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs – w przypadku dodatnich anti-HBc wykonać HBV DNA); 11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anti-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anti-HCV); 12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), b) oznaczenie APTT, c) oznaczenie INR, d) oznaczenie stężenia fibrynogenu, e) oznaczenie stężenia D-dimerów; 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG; 14) elektrokardiografia (EKG); 15) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA.
---	---	---

miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem *tisagenlecleucelu*,

lub

c) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ostrej białaczki limfoblastycznej,

lub

d) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI,

lub

e) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT;

4) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m² albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);

5) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤ 5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;

6) stężenie bilirubiny $< 2,0$ mg/dl;

7) funkcja skurczowa lewej komory $\geq 28\%$ potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory $\geq 45\%$ potwierdzona za pomocą echokardiogramu.

1.2.2. breksukabtagenem autoleucel

1) wiek 26 lat i powyżej;

1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*:

1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

2) białka ostrej fazy:

a) oznaczenie stężenia CRP,

b) oznaczenie stężenia ferrytyny;

3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak w pkt 1.1.);

4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1.);

5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1.);

6) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku lub nacieku pozaszpikowego bezpośrednio przed podaniem CAR-T (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie).

1.3. Badania w dniu następnym po podaniu *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*

1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:

a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),

b) oznaczenie APTT,

c) oznaczenie INR,

d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,

3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):

a) oznaczenie stężenia CRP,

b) oznaczenie stężenia ferrytyny,

- 2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;
- 3) obecność w szpiku kostnym >5% blastów białaczkowych CD19+;
- 4) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
 - a) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu pierwszej linii,lub
 - b) pierwszy nawrót choroby w przypadku remisji trwającej ≤12 miesięcy;lub
 - c) drugi lub kolejny nawrót choroby;lub
 - d) nawrót po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 100 dniach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem *breksukabtagenu autoleucl*,lub
 - e) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI;
- 5) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii.

2. Określenie czasu leczenia w programie

U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie *tisagenlecleucelu* albo jedno podanie *breksukabtagenu autoleucl*). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.

- c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
- d) oznaczenie stężenia D-dimerów.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T

- 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS;
- 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:
 - a) oznaczenie stężenia CRP,
 - b) oznaczenie stężenia ferrytyny,
 - c) oznaczenie stężenia fibrynogeny,
 - d) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
 - f) oznaczenie APTT,
 - g) oznaczenie INR,
 - h) oznaczenie stężenia D-dimerów,(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);
- 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;
- 4) morfologia krwi obwodowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;
- 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 9) oznaczenie stężenia elektrolitów.

3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu

Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:

- 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;
- 4) zakażenie HIV;
- 5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C;
- 6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych;
- 7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4;
- 8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków jak:
 - a) cyklofosfamid i fludarabina albo cytarabina i etopozyd – w przypadku leczenia *tisagenlecleucel*,
 - b) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia *breksukabtagenu autoleucel*;
- 9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;
- 10) aktywna hemoliza;
- 11) aktywna koagulopatia;
- 12) aktywna choroba autoimmunologiczna;
- 13) pierwotny niedobór odporności;
- 14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19);
- 15) jedynie w przypadku terapii *breksukabtagenu autoleucel*:

Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania CAR-T, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.

Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy.

Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia:

3.1. Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucel*u albo *breksukabtagenu autoleucel* co 1 miesiąc przez pierwsze trzy miesiące, a następnie co 3 miesiące:

- 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
- 2) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego.

3.2. Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucel*u albo *breksukabtagenu autoleucel* co 3 miesiące:

- 1) ocena cytologiczna, cytometryczna lub molekularna aspiratu szpiku kostnego (w przypadku podania *tisagenlecleucel*u albo *breksukabtagenu autoleucel*) lub nacieku pozaszpikowego (jeśli dotyczy w przypadku podania *tisagenlecleucel*u);
- 2) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);
- 3) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG (w celu ewentualnego leczenia substytucyjnego immunoglobulinami

<p>a) izolowana pozaszpikowa wznowa ALL, lub b) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>brek sukabtagenu autoleucel</i>.</p>		<p>zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla odpowiedniego leku).</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p>
		<p>1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) całkowita remisja (CR), b) całkowita remisja z obecnością mierzalnej choroby resztkowej (CR MRD+),</p>

		<p>c) całkowita remisja z ujemną mierzalną chorobą resztkową (CR MRD-),</p> <p>d) nawrót choroby (Rel),</p> <p>e) przeżycie wolne od nawrotu choroby (RFS),</p> <p>f) całkowite przeżycie (OS);</p> <p>Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p> <p>*badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.</p>
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE (ICD-10:C84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNIE SKÓRNE CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE		
<p>W ramach części I. programu lekowego udostępnia się poniższe terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) chorym na ziarniniaka grzybiastego: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>beksaroten w monoterapii</i>, b) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>, c) <i>mogamulizumab w monoterapii</i>, 2) chorym na zespół Sezary'ego: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>beksaroten w monoterapii</i>, b) <i>mogamulizumab w monoterapii</i>, 3) chorym na pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (pcALCL): <ol style="list-style-type: none"> a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. <i>beksaroten w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego</p> <p>Zalecana dawka początkowa beksarotenu to 300 mg/m² p.c./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki beksarotenu 150 mg/m² p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m² p.c./dobę</p> <p>1.2. <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (pcALCL)</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) określenie TNMB i mSWAT; 7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin – badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;

<p>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem i mogamulizumabem dopuszcza się stan sprawności według ECOG 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka);</p> <p>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ziarniniaka grzybiastego</p> <p>1.2.1. beksaroten w monoterapii</p> <p>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;</p> <p>2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);</p> <p>3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,</p> <p>lub</p> <p>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),</p> <p>lub</p>	<p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg m.c. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie.</p> <p>1.3. mogamulizumab w monoterapii – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary’ego</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>Zalecana dawka mogamulizumabu to 1 mg/kg m.c. podawana w infuzji dożylny trwającej co najmniej 60 minut w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem:</p> <p>a) oznaczenie stężenia TSH,</p> <p>b) oznaczenie stężenia fT4,</p> <p>c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram),</p> <p>d) EKG z opisem;</p> <p>11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia mogamulizumabem:</p> <p>a) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA),</p> <p>b) badanie przesiewowe w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA),</p> <p>c) badanie przesiewowe w kierunku HIV,</p> <p>d) badania w celu oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS):</p> <p>– oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor),</p> <p>– oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. beksarotenem w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary’ego</p>
---	--	---

<p>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;</p> <p>4) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.</p> <p>1.2.2. brentuksymab vedotin w monoterapii</p> <p>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;</p> <p>2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);</p> <p>3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w ziarniniaku grzybiastym;</p> <p>4) w przypadku stadium choroby:</p> <p>a) IB-IIA spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksaroteniem, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich, <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> – nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksaroteniem, <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> – nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksaroteniem, <p>b) IIB lub wyższym – nawrót lub progresja choroby, niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego;</p> <p>5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p>		<p>Badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) oznaczenie stężenia TSH; 7) oznaczenie stężenia fT4; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram). <p>Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksaroteniem” powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</p> <p>2.2. brentuksymabem vedotin w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórno chłoniak a</p>
--	--	--

1.2.3. mogamulizumab w monoterapii

- 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;
- 2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);
- 3) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego ziarniniaka grzybiastego;
- 4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia zespołu Sezary'ego

1.3.1. beksaroten w monoterapii

- 1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary'ego;
- 2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:
 - a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,
lub
 - b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),
lub
 - c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;
- 3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.

anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)

Badania wykonywane przed każdym podaniem leku:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi.

2.3. mogamulizumabem w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary'ego

- 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:
 - a) morfologia krwi z rozmazem,
 - b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 2) badania wykonywane przed i po podaniu leku w pierwszym miesiącu leczenia – w celu monitorowania ze względu na ryzyko zespołu rozpadu guza (TLS):.

1.3.2. mogamulizumab w monoterapii

- 1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary'ego;
- 2) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego zespołu Sezary'ego;
- 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia pierwotnie skórno-chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)

1.4.1. brentuksymab vedotin w monoterapii

- 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórno-chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL);
- 2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL;
- 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.5. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
- b) oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor),
- c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) kontrolne badania obrazowe – wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych;
- 2) wypełnienie skali mSWAT – raz na 2 miesiące.

Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotemem” powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych (o ile zasadne jest ich wykonanie), który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.

Wykonane badania obrazowe (o ile zasadne jest ich wykonanie) muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

<p>1) <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i> – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności:</p> <p>a) w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku – w przypadku terapii <i>beksarotenem w monoterapii</i>,</p> <p>b) wymagającej przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i> oraz <i>mogamulizumabem w monoterapii</i>;</p> <p>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii <i>beksarotenem w monoterapii</i></p>		<p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
---	--	--

<p>1) z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</p> <p>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</p> <p>3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</p> <p>4) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.</p>		
II. LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWEGO CHŁONIAKA ANAPLASTYCZNEGO Z DUŻYCH KOMÓREK (sALCL)		
<p>W ramach części II. programu lekowego chorym na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL) udostępnia się terapie:</p> <p>1) w 1. linii leczenia</p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i>,</p> <p>2) w 2. i kolejnych liniach leczenia</p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii.</i></p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <p>1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i></p> <p><u>Brentuksymab vedotin:</u> Zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><u>Cyklofosfamid:</u> zalecana dawka to 750 mg/m² pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;</p> <p>6) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>7) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;</p> <p>8) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK).</p>

<p>2) potwierdzona histologicznie diagnoza układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL);</p> <p>3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30;</p> <p>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>1.2. Kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia</p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL).</p> <p>1.3. Kryteria kwalifikacji do 2. i kolejnych linii leczenia</p> <p>1) oporność na leczenie lub nawrót po leczeniu układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL).</p> <p>1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili</p>	<p><u>Dokсорubicyna</u>: zalecana dawka to 50/m² pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.</p> <p><u>Prednizon</u>: zalecana dawka to 100 mg podawana doustnie w dniach 1-5 każdego 3-tygodniowego cyklu.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Leczenie może trwać maksymalnie 8 cykli.</p> <p>1.2. brentuksymab vedotin w monoterapii</p> <p><u>Dorośli</u>:</p> <p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><u>Dzieci</u>:</p> <p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać</p>	<p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>Badania wykonywane przed każdym podaniem leku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia – badania obrazowe TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu wykonywane:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po 3. lub po 4. cyklu leczenia i po zakończeniu leczenia oraz w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii w 1. linii leczenia; 2) po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami – w przypadku terapii w 2. i kolejnych liniach leczenia. <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p>
--	--	--

<p>rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i> – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli; 2) <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i> – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: <ol style="list-style-type: none"> a) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia – w przypadku terapii w 1. linii leczenia, b) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia, albo brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia albo nawrót choroby w trakcie trwania leczenia – w przypadku terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności według WHO powyżej 3; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 	<p>maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
---	--	--

<p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
		<p>4. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) progresja choroby (PD), e) przeżycie bez progresji choroby (PFS), f) przeżycie całkowite (OS); <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie</p>

		<p>elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p> <p>W przypadku pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4.1) części I programu nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</p>
--	--	--

LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, G25.82, M33.0, M33.1, M33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>immunoglobuliną ludzką normalną</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci, u których przeprowadzono diagnostykę w oparciu o ocenę stanu neurologicznego wg. ustalonych zasad oraz wykluczono inne przyczyny obserwowanych zaburzeń poza wymienionymi poniżej.</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria odpowiednio w następujących rozpoznaniach:</p> <p>1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)</p> <p>1) potwierdzona:</p> <p>a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów, b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;</p> <p>2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania.</p> <p>1.2. Wielogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)</p>	<p>1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylniej:</p> <p>1) pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni.</p> <p>2) kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni.</p> <p>W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP, miopatii zapalnych i SPS dawkowanie ustala się indywidualnie.</p> <p>2. Dawkowanie immunoglobulin podskórnych (SCIg, fSCIg), posiadających zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących hIVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>4) oznaczenie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał;</p> <p>5) proteinogram;</p> <p>6) EMG;</p> <p>7) rezonans magnetyczny;</p> <p>8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;</p> <p>9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;</p> <p>10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);</p> <p>11) wzrokowe potencjały wywołane;</p> <p>12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;</p> <p>13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;</p>

<p>1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów; 2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej.</p> <p>1.3. Miastenia (MG) przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c; 2) retencja CO₂ (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg); 3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO₂ poniżej 93%; 4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy; 5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania; 6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym; 7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży. <p>1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eaton, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. <p>1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe</p>	<p>1) SCIg Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylniej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona. Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki. W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg m.c. na tydzień.</p> <p>2) fSCIg Preparat immunoglobuliny ludzkiej do podawania podskórnego z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy (Ig+rHuPH20). Leczenie rozpoczyna się 2 tygodnie po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi od 0,3 do 2,4 g/kg masy ciała na miesiąc, podawana w 1 lub 2 sesjach w ciągu 1 lub 2 dni. Dawkowanie fSCIg</p>	<p>14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych; 15) w przypadku kwalifikacji do SPS oznaczenie przeciwciał anty-GAD.</p> <p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT; 4) oznaczenie aktywności AST; 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. <p>2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT; 4) oznaczenie aktywności AST; <p>oraz do decyzji lekarza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) proteinogram;
---	--	--

<p>w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.</p> <p>1.6. Zespół Guillain-Barre</p> <p>w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania; 2) narastający niedowład mięśni twarzy; 3) dyzartia; 4) dysfagia; 5) zaburzenia oddechowe. <p>1.7. Choroba Devica (NMO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzona wykonaniem: <ol style="list-style-type: none"> a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego, b) badania potencjałów wzrokowych, c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego; 2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania. <p>1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzone wykonaniem: <ol style="list-style-type: none"> a) rezonansu magnetycznego mózgu, b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego, c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym; 2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwskazaniach do jego zastosowania. 	<p>zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego</p> <p>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych immunoglobulin podskórnych (SCIg, fSCIg)</p> <p>Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy. Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w placówce realizującej Program Lekowy, warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnie, według następującego schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku, b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna, c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia, d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórna wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi 	<ol style="list-style-type: none"> 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. <p>Należy także ocenić:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej. <p>2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórna (SCIg, fSCIg) każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT, 4) oznaczenie aktywności AST; <p>oraz do decyzji lekarza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. <p>Należy także ocenić:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej. <p>3. Monitorowanie programu</p>
---	---	--

<p>1.9. Zespół sztywności uogólnionej (SPS)</p> <p>1) potwierdzony:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) badaniem EMG, b) oznaczeniem przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (przeciwciał anty-GAD); <p>2) przy braku skuteczności leczenia objawowego: baklofenem, tynidazyną benzodiazepinami i gabapentyną lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania i istotnych klinicznie objawach SPS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia, a w przypadku kontynuacji terapii - pomimo zastosowania każdego kolejnego cyku leczenia; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 	<p>jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta,</p> <p>e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym danych dotyczących skuteczności leczenia opisanych w pkt 3. kryteriów wyłączenia, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwaną dalej ChPL);

5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI SIATKÓWKI (ICD-10: H34, H35.3, H36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PŁAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (nAMD)		
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny).</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie wysiękowego zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>aflibercept 2 mg</i>; 2) <i>aflibercept 8 mg</i>; 3) <i>brolicizumab</i>; 4) <i>farycymab</i>; 5) <i>ranibizumab</i>. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Zalecane dawki na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe to:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>aflibercept</i> – 2 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) <i>aflibercept</i> 8 mg; co odpowiada 70 µl roztworu (0,07ml); 3) <i>brolicizumab</i> – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) <i>farycymab</i> – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) <i>ranibizumab</i> – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); <p>1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca</p> <p>Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3 kolejne miesiące – <i>aflibercept 2 mg, aflibercept 8 mg, brolicizumab, farycymab</i>; 2) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w 	<ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego. <p>W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji (pkt 10 Kryteriów wyłączenia), kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenie badań do pełnego zakresu.</p>

<p>podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) wiek 45 lat i powyżej; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2 – 0,8, określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego; 7) brak dominującego wylewu krwi; 8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna); 9) brak przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną; 10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 10 kryteriów wyłączenia oraz pacjenci którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi</p>	<p>ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – <i>ranibizumab</i>.</p> <p>1.3. Faza podtrzymująca</p> <p>Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend”. Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>aflibercept 2 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni; 2) <i>aflibercept 8 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 24 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby; 3) <i>broliczumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni i maksimum co 12 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; 4) <i>farycymab</i> – iniekcje wykonuje się co 16 tygodni (u pacjentów bez aktywności choroby) lub 8 lub 12 tygodni (u pacjentów z aktywnością choroby), jednorazowo odstęp między dawkami można zwiększać do maksymalnie 16 tygodni i skracać minimalnie do 8 tygodni; 	<ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) opcjonalnie: <ol style="list-style-type: none"> a) fotografia dna oka, b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa). <p>Badania przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.</p> <p>Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) uzyskanie poprawy, b) stabilizację choroby, c) progresję choroby. <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPL) i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>2.1. Monitorowanie leczenia pod kątem wystąpienia trwałych zmian morfologicznych plamki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub EDTRS;
--	---	---

<p>afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 - małe zabiegi witreoretinalne</p> <p>lub</p> <p>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku definiowana jako:</p> <p>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące</p> <p>lub</p>	<p>5) <i>ranibizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.</p> <p>1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem</p> <p>W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p>1.5. Wstrzymanie podawania leku</p> <p>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 2) rozerwanie siatkówki; 3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi $\geq 50\%$ całkowitej powierzchni zmiany; 4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie</p> <p>W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lub celem zwiększenia odstępu pomiędzy iniekcjami lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod</p>	<p>2) seria skanów OCT (optyczna koherentna tomografia), obejmujących centralne podpole plamki z dołkiem;</p> <p>3) fotografia dna oka.</p> <p>Ocena morfologii plamki przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPL). Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu.</p> <p>Ocena morfologii plamki odbywa się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) u pacjentów włączonych do programu lekowego od 1.01.2024 r. <ol style="list-style-type: none"> a) w okresie od 1 do 2 miesięcy po ostatnim podaniu afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu zaplanowanym przez lekarza prowadzącego, które według jego oceny kończy leczenie lub b) w fazie podtrzymującej, co 24 miesiące (maksymalnie do 2 miesięcy od upływu tego terminu) dla afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu; 2) u pacjentów włączonych do programu lekowego przed 1.01.2026 r.: <ol style="list-style-type: none"> a) leczonych w programie 5 lat i więcej – do 3 miesięcy od wdrożenia funkcjonalności w SMPL; b) leczonych w programie od 3 do 5 lat – do 6 miesięcy od wdrożenia funkcjonalności w SMPL; c) leczonych w programie od 2 do 3 lat – do 12 miesięcy od wdrożenia funkcjonalności w SMPL.
--	---	--

<p>b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) czynne zakażenie oka lub jego okolic;</p> <p>5) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;</p> <p>6) przedarciove odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;</p> <p>7) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną;</p> <p>9) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>10) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji <i>afliberceptu 2 mg</i> lub <i>afliberceptu 8 mg</i> lub <i>brolucizumabu</i> lub <i>farycymabu</i> lub <i>ranibizumabu</i> w okresie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;</p> <p>11) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:</p>	<p>warunkiem niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku:</p> <p>a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych,</p> <p>b) łącznie od początku terapii – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>W przypadku afliberceptu występującego w dwóch dawkach terapeutycznych lekarz prowadzący może podjąć samodzielnie decyzję o zmianie dawki na wyższą po zakończeniu fazy nasycenia dawką 2 mg, od której rozpoczęto leczenie, z dostosowaniem schematu dawkowania w dalszym prowadzeniu pacjenta.</p> <p>W przypadku braku skuteczności leczenia dawką afliberceptu 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę 2 mg.</p> <p>Za brak skuteczności terapii należy uznać:</p> <p>a) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu</p> <p>lub</p> <p>b) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian</p>	<p>Na podstawie oceny morfologii plamki, Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kontynuacji leczenia w ramach programu lekowego lub 2) wyłączeniu pacjenta z programu. <p>Kryteria oceny pod kątem wystąpienia trwałych zmian morfologicznych plamki obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obecność dominującego zaniku geograficznego; 2) obecność dominującego wylewu krwi; 3) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku lub tarczowata blizna). <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt. 2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z
---	--	--

<p>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),</p> <p>b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),</p> <p>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</p>	<p>w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.</p>	<p>częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>
--	--	---

B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PŁAMKI (DME)

<p>Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców w pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego.</p> <p>Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców wymagających zmiany leku w programie lub leczonych wcześniej w ramach innych źródeł finansowania przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego, po udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie cukrzycowego obrzęku płamki substancjami:</p>	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszkliskowe to:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>aflibercept</i> – 2 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) <i>aflibercept</i> – 8 mg, co odpowiada 70 µl roztworu (0,07 ml); 3) <i>bewacyzumab</i> – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) <i>brolocizumab</i> – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) <i>deksametazon</i> – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszkliskowemu; 6) <i>farycymab</i> – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 7) <i>ranibizumab</i> – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml). <p>1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) fotografia dna oka; 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego; 5) konsultacja diabetologiczna, lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza POZ z wynikiem badania HbA1c i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy. W przypadku posiadania przez pacjenta aktualnego
---	--	---

<p>1) <i>aflibercept 2 mg</i>; 2) <i>aflibercept 8 mg</i>; 3) <i>bewacyzumab</i>; 4) <i>brolocizumab</i>; 5) <i>deksametazon</i> w postaci implantu doszklistkowego; 6) <i>farycymab</i>; 7) <i>ranibizumab</i>.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozłana), CME – postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);</p> <p>2) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>3) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</p> <p>4) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;</p> <p>5) stężenie HbA1c:</p> <p>a) w przypadku leczenia <i>bewacyzumabem</i>: należy rozpocząć terapię bez względu na jego poziom, jeżeli po 5 dawkach leku poziom HbA1c > 9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbA1c ≤ 9% kiedy Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku;</p> <p>b) na inny lek niż <i>bewacyzumab</i>, gdy stężenie HbA1c ≤ 9%;</p> <p>6) brak dominującej błony przedsiatkówkowej;</p>	<p>Leczenie pacjentów pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek <i>bewacyzumabu</i>, podawanych w odstępach 28 – 35 dni.</p> <p>U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku rozpoczęcia leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem <i>deksametazonu</i> w postaci implantu.</p> <p>Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez:</p> <p>1) 3 kolejne miesiące – <i>aflibercept 8 mg</i>; 2) 5 kolejnych miesięcy – <i>bewacyzumab, aflibercept 2 mg</i>; 3) 3 lub 4 kolejnych miesięcy – <i>farycymab</i>; 4) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – <i>ranibizumab</i>.</p> <p>Jedna iniekcja co 6 tygodni przez:</p> <p>1) 5 kolejnych dawek - <i>brolocizumab</i>.</p> <p>1.3. Faza podtrzymująca</p> <p>Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „<i>treat-and-extend</i>”. Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:</p>	<p>badania HbA1c (z ostatnich 6 miesięcy, uzyskanego na podstawie badania laboratoryjnego lub w postaci odczytu z elektronicznych systemów monitorowania glikemii) o konieczności konsultacji specjalistycznej decyduje lekarz prowadzący pacjenta.</p> <p>W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z pkt. 3 (Kryteria przerwania terapii) kwalifikację pacjenta opierać należy na badaniach z pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</p> <p>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</p> <p>3) konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – co 12 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu;</p> <p>4) opcjonalnie:</p> <p>a) fotografia dna oka, b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).</p> <p>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>Badania wymienione w pkt 1, 2 i 4 przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie</p>
--	---	---

<p>7) brak aktywnych włókno-naczyniowych trąkacji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie;</p> <p>8) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej;</p> <p>9) brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego;</p> <p>10) brak neowaskularyzacji tęczówki;</p> <p>11) brak jaskry neowaskularnej;</p> <p>12) uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe;</p> <p>13) brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;</p> <p>14) brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anti- VEGF takich jak:</p> <p>a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki),</p> <p>b) DRIL w obszarze poddołkowym,</p> <p>c) makulopatia niedokrwienna;</p> <p>15) brak innych przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną;</p> <p>16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 3 (Kryteria przerwania terapii), gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 6 miesięcy w</p>	<p>1) <i>aflibercept 2 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni;</p> <p>2) <i>aflibercept 8 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 24 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby;</p> <p>3) <i>bewacyzumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku skuteczności leczenia odstęp ten można wydłużyć po 12 miesiącach leczenia;</p> <p>4) <i>brolicizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku braku aktywności choroby po 12 miesiącach leczenia odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć do 16 tygodni;</p> <p>5) <i>deksametazon</i> w postaci implantu – zgodnie z ChPL; w przypadku nawrotu aktywności choroby schemat dawkowania ustala lekarz prowadzący stosując lek nie częściej niż w odstępach co 4 miesiące (tj. nie częściej niż co 124 dni) z możliwością wydłużenia odstępów między wstrzyknięciami do 9 miesięcy (tj. do 279 dni);</p> <p>6) <i>farycymab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie i maksymalnie co 16 tygodni,</p> <p>7) <i>ranibizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.</p>	<p>do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.</p> <p>Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.</p> <p>2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu.</p> <p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w okresie od 1 do 2 miesięcy po ostatnim podaniu bewacyzumabu z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych; 2) co 12 miesięcy, maksymalnie do 2 miesięcy od upływu tego terminu dla afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu; 3) po każdym 3 dawkach deksametazonu, maksymalnie po 2 miesiącach od podania ostatniej dawki leku. <p>Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kontynuacji leczenia bez zmiany leku: afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu, deksametazonu albo 2) kontynuacji leczenia ze zmianą afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu,
---	--	--

<p>przypadku <i>afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu</i> oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku plamki iniekcjami doszkliskowymi <i>afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu</i> lub <i>deksametazonu</i> w postaci implantu:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84</p> <p>lub</p> <p>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria przerwania terapii</p> <p>1) czynne zakażenie oka lub jego okolic;</p> <p>2) zapalenie wnętrza gałki ocznej;</p> <p>3) ciężkie zapalenie błony naczyniowej związane z terapią <i>brolicizumabem</i>;</p>	<p>1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem</p> <p>W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p>1.5. Wstrzymanie podawania leku</p> <p>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <p>1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);</p> <p>2) rozerwanie siatkówki;</p> <p>3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);</p> <p>4) brak aktywności choroby.</p> <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie</p> <p>1) zmiana leku w programie odbywa się za zgodą Zespołu Koordynacyjnego.</p> <p>2) zmiana leku z <i>bewacyzumabu</i> na inny możliwa jest, gdy HbA1c wynosi $\leq 9\%$.</p> <p>3) schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.</p> <p>4) u pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku</p>	<p><i>farycymabu, ranibizumabu</i> na implant doszkliskowy <i>deksametazonu</i>.</p> <p>albo</p> <p>3) wyłączeniu pacjenta z programu.</p> <p>Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:</p> <p>1) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego lub poprawę do 0,8 lub więcej na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</p> <p>2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o $\geq 20\%$ w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości ≤ 300 μm.</p> <p>Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku.</p> <p>Na podstawie badań wymienionych w pkt. 2 w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <p>a) uzyskanie poprawy;</p> <p>b) stabilizację choroby;</p> <p>c) progresję choroby.</p> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p>
---	---	--

<p>4) okres ciąży i karmienia piersią;</p> <p>5) przedarciove odwarstwienie siatkówki;</p> <p>6) wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie;</p> <p>7) wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy):</p> <p>a) dominująca błona przedsiatkówkowa,</p> <p>b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych trąkacji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki,</p> <p>c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej,</p> <p>d) krwotok do ciała szklistego wymagający operacji,</p> <p>e) neowaskularyzacja tęczówki,</p> <p>f) jaskra neowaskularna,</p> <p>g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie.</p> <p>W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt. 1-7 lekarz prowadzący może (nie później niż 5 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu).</p> <p>Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 6 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia z programu</p>	<p>kontynuacji leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem deksametazonu w postaci implantu.</p> <p>W przypadku afliberceptu występującego w dwóch dawkach terapeutycznych lekarz prowadzący może podjąć samodzielnie decyzję o zmianie dawki na wyższą po zakończeniu fazy nasycenia dawką 2 mg, od której rozpoczęto leczenie, z dostosowaniem schematu dawkowania w dalszym prowadzeniu pacjenta.</p> <p>W przypadku braku skuteczności leczenia dawką afliberceptu 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę afliberceptu 2 mg.</p>	<p>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników w odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt.2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>
--	---	--

<p>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>2) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) progresja choroby definiowana jako:</p> <p>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do poziomu $<0,2$ określonego według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące</p> <p>lub</p> <p>b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o 2 lub więcej linii na tablicach Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące w porównaniu z ostrością wzroku w najlepszej korekcji (BCVA) uzyskanej w momencie kwalifikacji do programu</p> <p>lub</p> <p>c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki)</p> <p>lub</p>		
--	--	--

<p>d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym</p> <p>lub</p> <p>e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej;</p> <p>6) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:</p> <p>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),</p> <p>b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),</p> <p>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</p>		
<p>C. LECZENIE PACJENTÓW Z ZAKRZEPĘ ŻYŁ SIATKÓWKI (RVO)</p>		
<p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p>W programie finansuje się leczenie obrzęku plamki wtórnej do zakrzepu żył siatkówki (RVO) bewacyzumabem oraz deksametazonem w postaci implantu doszklistkowego.</p>	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania oraz ewentualnego podania kolejnych dawek leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku.</p> <p>1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszklistkowe to:</p> <p>1) bewacyzumab – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;</p> <p>2) deksametazon – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszklistkowemu.</p> <p>1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</p> <p>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</p> <p>3) fotografia dna oka;</p> <p>4) angiografia fluoresceinowa i angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać</p>

<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) obrzęk płamki wtórny do RVO zdiagnozowany w ciągu 9 miesięcy od rozpoznania RVO; 3) średnia grubość środkowego podpoła siatkówki >250 µm w badaniu OCT; 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,05 – 0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych; 6) brak aktywnych włóknisto-naczyniowych trąk, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie; 7) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii proliferacyjnej; 8) brak krwotoku do ciała szklanego wymagającego leczenia operacyjnego; 9) brak neowaskularyzacji tęczówki; 10) brak jaskry neowaskularnej; 11) uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe; 12) brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie; 13) brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w płamce nierokujących poprawy po leczeniu anti-VEGF lub steroidoterapii, takich jak: <ol style="list-style-type: none"> a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki), 	<p>Leczenie rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc bewacyzumabu (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące.</p> <p>U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku rozpoczęcia leczenia bewacyzumabem, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem <i>deksametazonu</i> w postaci implantu.</p> <p>1.3. Faza podtrzymująca</p> <p>Na podstawie oceny przez lekarza parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych odstęp pomiędzy dawkami po fazie nasycenia może pozostać comiesięczny lub może zostać wydłużony według schematu dawkowania „<i>treat-and-extend</i>” („<i>lecz i wydłużaj</i>”), w którym odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami wydłuża się o 2 lub 4 tygodnie na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych. W przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych należy odpowiednio skrócić odstęp między kolejnymi dawkami.</p> <p>W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 4 po pierwszych 5 iniekcjach bewacyzumabu odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku.</p> <p>1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem</p>	<p>do Zespołu Koordynacyjnego;</p> <p>5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.</p> <p>W przypadkach badań obrazowych zalecane jest w miarę możliwości stosowanie urządzeń szerokokątnych.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) opcjonalnie - fotografia dna oka; 4) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angi-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa). <p>Badania wymienione powyżej przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.</p> <p>Fotokoagulację siatkówki należy prowadzić zgodnie ze wskazaniami, równoległe do farmakoterapii w programie.</p> <p>Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.</p> <p>2.1. Monitorowanie skuteczności leczenia</p>
---	---	---

<p>b) DRIL w obszarze poddołkowym, c) makulopatia niedokrwienna;</p> <p>14) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL</p> <p>15) brak innych przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego i wiedzę medyczną.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów, którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie BRVO i CRVO iniekcjami doszkliskowymi przeciwciałami monoklonalnymi anti-VEGF, rekombinowanym białkiem fuzyjnym lub implantami doszkliskowymi z deksametazonem:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne lub</p> <p>b) w ramach Ratunkowego Dostępu do Terapii Lekowej lub</p>	<p>W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p>1.5. Wstrzymanie podawania leku</p> <p>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ciśnienie śródgłowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 2) rozerwanie siatkówki; 3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgłkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); 4) brak aktywności choroby. <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>1.6. Zmiana leku</p> <p>Zmiana leku na implant z deksametazonem w programie odbywa się za zgodą Zespołu Koordynacyjnego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po 5 iniekcjach bewacyzumabu w przypadku wyeliminowania stref niedokrwiennych stwierdzonych na podstawie porównania badań angiografii fluoresceinowej i braku skuteczności opisanej w kryteriach oceny odpowiedzi na terapię w pkt. 2.1. Monitorowanie skuteczności leczenia; 2) po 11 iniekcjach bewacyzumabu w przypadku 	<p>Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia.</p> <p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 5 dawek bewacyzumabu; 2) po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 11 dawek bewacyzumabu; 3) po 3 dawkach deksametazonu, nie później niż 2 miesiące od podania ostatniej dawki deksametazonu. <p>Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych o:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kontynuacji leczenia bez zmiany leku w przypadku bewacyzumabu; 2) kontynuacji leczenia ze zmianą leku na implant z deksametazonem; 3) wyłączeniu pacjenta z programu ze względu na brak skuteczności po 11 iniekcjach bewacyzumabu lub 3 dawkach deksametazonu w postaci implantu; 4) wyłączeniu pacjenta z programu ze względu na stabilne wyleczenie. <p>Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię na tablicy Snellena (lub
---	---	--

<p>c) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.</p> <p>3. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o przerwaniu leczenia w programie lub o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami opisanymi w pkt. <i>Kryteria wyłączenia</i> lub <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i>.</p> <p>4. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia; 7) progresja choroby definiowana jako: <ol style="list-style-type: none"> a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości $\leq 0,05$ określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio 	<p>wyeliminowania stref niedokrwiennych stwierdzonych na podstawie porównania badań angiografii fluoresceinowej i braku skuteczności opisanej w kryteriach oceny odpowiedzi na terapię w pkt. 2.1. Monitorowanie skuteczności leczenia.</p> <p>Schemat dawkowania deksametazonu w postaci implantu po zmianie leczenia ustala lekarz prowadzący. Podanie deksametazonu w postaci implantu doszklstkowego może być powtórzone najwcześniej po 4 miesiącach po poprzednim podaniu leku.</p>	<p>odpowiednio ekwiwalent ETDRS), lub do wartości $\geq 0,8$;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o $\geq 20\%$ w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości $\leq 300 \mu\text{m}$. 3) wyeliminowanie stref niedokrwiennych stwierdzonych na podstawie porównania badań angiografii fluoresceinowej z początku leczenia i punktu kontrolnego poprzedzającego zgłoszenie do oceny skuteczności terapii. <p>Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji leku, poprzedzających ocenę.</p> <p>Zespół Koordynacyjny oceni zasadność (z uwzględnieniem kryteriów oceny odpowiedzi na terapię) dalszego leczenia pacjenta w programie lekowym:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po 5 zastrzykach bewacyzumabu; 2) po 11 zastrzykach bewacyzumabu; 3) po 3 dawkach deksametazonu. <p>Pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny zgłasza lekarz prowadzący. W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny pacjent zostanie wyłączony z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p>
---	---	---

<p>ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące</p> <p>lub</p> <p>b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej;</p> <p>8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji bewacyzumabu w okresie 4 miesięcy i 8 miesięcy dla implantu z deksametazonem od podania ostatniej dawki leku;</p> <p>9) brak aktywności choroby lub jeśli z oceny parametrów wzrokowych i anatomicznych wynika, że pacjent nie odnosi korzyści z kontynuowania leczenia bewacyzumabem lub deksametazonem;</p> <p>10) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</p>		<p>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>
--	--	---

LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (ICD-10: B18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) wiek:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) wiek 3 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem + welpataswirem albo glekaprewirem + pibrentaswirem,</p> <p style="padding-left: 20px;">b) wiek 12 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem + welpataswirem + woksylaprewirem;</p> <p>2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;</p> <p>3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej;</p> <p>4) udokumentowany stopień zaawansowania choroby wątroby określony z wykorzystaniem: elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub wskaźnika APRI lub FIB-4 lub biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające;</p> <p>5) potwierdzona obecność zakażenia genotypem:</p>	<p>1. Sofosbuwir+welpataswir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych.</p> <p>2. Glekaprewir+pi brentas wir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>3. Sofosbuwir+welpataswir+woksyleprewir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;</p> <p>2) morfologia krwi;</p> <p>3) oznaczenie aktywności AIAT;</p> <p>4) oznaczenie stężenia albumin;</p> <p>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>6) czas lub wskaźnik protrombinowy;</p> <p>7) oznaczenie poziomu kreatyniny;</p> <p>8) oznaczenie przeciwciał anti-HIV;</p> <p>9) oznaczenie antygenu HBs;</p> <p>10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy);</p> <p>11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej) lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4;</p> <p>12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1)- jeśli nie było wykonywane wcześniej. Przy czym, dopuszczalne jest odstępianie z oznaczania genotypu w</p>

a) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem

albo

b) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu uprzedniej terapii inhibitorami NS5A

albo

c) w przypadku niemożności oznaczenia genotypu należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

U pacjentów kwalifikujących się pierwszorazowo do terapii pangenotypowej nie ma konieczności oznaczania genotypu HCV, w związku z tym nie muszą spełniać kryterium kwalifikacji określonego w pkt. 1.5.

2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anty-HCV;
- 3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z welpataswirem;
- 4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczną sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i woksylaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy);

przypadku kwalifikacji do pierwszorazowej terapii pangenotypowej.

2. Monitorowanie leczenia

1) w 1 dniu, przed podaniem leków:

- a) morfologia krwi,
- b) oznaczenie aktywności AlAT,
- c) oznaczenie stężenia bilirubiny,
- d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;

2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu:

- a) morfologia krwi,
- b) oznaczenie aktywności AlAT;

3) w 4 tygodniu:

- a) oznaczenie stężenia bilirubiny – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, powtórzyć oznaczenia w 8 tygodniu oraz jeżeli dotyczy w 12, 16 i 24 tygodniu;

4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia:

- a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową,
- b) USG jamy brzusznej.

Dopuszczalne jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza rozpoczynającego terapię, odstępianie od wizyt pacjenta i procedur monitorowania leczenia określonych w punktach 2.2 i 2.3 w trakcie leczenia, jeżeli podczas kwalifikacji w ocenie zaawansowania choroby wątroby wykazano w elastografii sztywność <12,5 kPa lub APRI <1 lub FIB-4 <1,3 lub brak histologicznych cech marskości w biopsji wątroby. U takich pacjentów możliwe jest wydanie leków w ilości niezbędnej do zabezpieczenia pełnego czasu terapii o ile nie przekracza 12 tygodni (w zależności od wybranej terapii,

- 5) ciąża lub karmienie piersią;
- 6) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach:
- a) sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (o ile dotyczy)
 - albo
 - b) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy).

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 (z wyłączeniem pkt 2.2) w trakcie leczenia;
- 2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:
 - w opinii lekarza prowadzącego terapię
 - lub
 - zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych;
- 3) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

indywidualnie przyjętego schematu dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisana powyżej decyzja lekarza rozpoczynającego leczenie, powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Decyzja ta może zostać zmieniona w trakcie trwania leczenia w przypadku zmiany stanu klinicznego pacjenta lub podejrzenia braku adherencji. Niezależnie od przypadku klinicznego, osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię musi mieć miejsce 12 tygodni po zakończeniu terapii w celu określenia skuteczności zastosowanego leczenia.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE PACJENTÓW Z NEUROGENNĄ NADREAKTYWNOŚCIĄ WYPIERACZA (ICD-10: N31)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego pacjentom z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (NNW) udostępnia się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>toksyną botulinową typu A</i> (dorośli pacjenci), 2) <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i> (pediatryczni pacjenci w wieku od 6 lat), <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (z punktu 1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym (wykonanym zgodnie z pkt 5) badań przy kwalifikacji); 2) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>1.1. Dawkowanie <i>toksyny botulinowej typu A</i></p> <p>Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek <i>toksyny botulinowej typu A</i> jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.</p> <p>W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.</p> <p>W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek <i>toksyny botulinowej typu A</i> jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie fizykalne; 2) badanie ogólne moczu; 3) badanie bakteriologiczne moczu; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) badanie urodynamiczne (w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> – głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – wykonywane nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych – w takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej; 6) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do terapii <i>toksyną botulinową typu A</i>: <ol style="list-style-type: none"> a) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglających z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów), b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);

<p>terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</p> <p>1.2.1. toksyną botulinową typu A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nietrzymanie moczu z parć naglących; 3) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane; 4) wystąpienie: <ol style="list-style-type: none"> a) niedostatecznej skuteczności dotychczasowego leczenia NNW, obserwowane przez minimum miesiąc, definiowane jako: <ul style="list-style-type: none"> – pogorszenie się czynności nerek, lub – przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących, lub – pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, lub – zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub – pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych, lub 	<p>1.2. Dawkowanie chlorowodorku oksybutyniny</p> <p>Ze względu na znaczne różnice międzyosobnicze dawka wymagana do złagodzenia objawów NNW powinna być dobierana indywidualnie w zależności od potrzeb pacjenta.</p> <p>Zalecane dobowe dawkowanie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Dzieci w wieku od 6 lat do ukończenia 12 lat:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) dobową dawkę początkową: Dawka początkowa wynosi 0,1 mg/kg m.c. i podawana jest dopócherzowo rano. Dawkę można dostosować po tygodniu leczenia. Należy wybrać najmniejszą skuteczną dawkę. b) całkowita dawka dobową: 2-30 mg <p>Nie należy podawać więcej niż 10 mg jako pojedynczej dawki. Maksymalna możliwa dawka dobową wynosi 30 mg.</p> 2) <u>Młodzież w wieku od 12 lat do ukończenia 18 lat:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) dobową dawkę początkową: 10 mg b) całkowita dawka dobową: 10-40 mg. <p>Maksymalna możliwa dawka dobową wynosi 40 mg.</p> <p>Jeśli konieczne są dawki większe niż dawka początkowa, dawkę należy zwiększać stopniowo (z zastrzeżeniem maksymalnej możliwej dawki dobowej) do czasu, aż NNW będzie wystarczająco kontrolowana, by umożliwić dokładne monitorowanie zarówno</p>	<p>7) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do terapii chlorowodorkiem oksybutyniny – badanie USG układu moczowego wykonane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. terapia toksyną botulinową typu A:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane po pierwszych 2 tygodniach leczenia, a następnie co każde 3 miesiące (w ramach wizyt kontrolnych): <ol style="list-style-type: none"> a) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, d) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania, e) badanie w celu oceny objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych. <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p>2.2. terapia chlorowodorkiem oksybutyniny:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie wykonane po 4-6 tygodniach leczenia – badanie ogólne moczu (w ramach pierwszej wizyty kontrolnej); 2) badania wykonywane po 1-2 miesiącach od pierwszej wizyty kontrolnej, następnie po kolejnych 1-2 miesiącach, następnie po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde 6-12 miesięcy leczenia (w zależności od wieku dziecka) (w ramach wizyt kontrolnych): <ol style="list-style-type: none"> a) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
--	--	--

<p>b) nietolerancji leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) rozumianej jako wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych objawów:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zaburzenia rytmu serca, – zaburzenia pamięci, – zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania powodujące zaburzenia odżywiania, – zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; <p>5) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby;</p> <p>6) negatywny wywiad w kierunku:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); <p>7) wykluczenie stosowania aminoglikozydów, pochodnych kurary lub innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.</p> <p>1.2.2. chlorowodorkiem oksybutyniny</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) wiek od 6 lat do ukończenia 18 lat; 2) NNW wynikająca z uszkodzenia rdzenia kręgowego lub z rozszczepienia kręgosłupa; 3) wystąpienie: <ul style="list-style-type: none"> a) braku skutecznej kontroli NNW za pomocą doustnych leków antycholinergiczných, obserwowane przez 	<p>skuteczności, jak i bezpieczeństwa stosowania. Wymagane dzienne dawki podtrzymujące można podzielić na kilka podań, zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>3) badanie wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde 6-12 miesięcy leczenia – badanie USG układu moczowego.</p> <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia:</p> <p>3.1. terapia toksyną botulinową typu A:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ocena wykonywana po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od każdego podania <i>toksyny botulinowej typu A</i> – ocena w zakresie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień (zgodnie z punktem 3.1.a) w kryteriach wyłączenia z programu). <p>3.2. terapia chlorowodorkiem oksybutyniny:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) badanie urodynamiczne wykonane po 3 miesiącach od pierwszorazowego zastosowania oksybutyniny, następnie po 6 miesiącach, kolejne co 12 miesięcy – ocena w zakresie niewystarczającej klinicznie kontroli neurogennej nadreaktywności wypieracza (zgodnie z punktem 3.1.b) w kryteriach wyłączenia z programu). <p>Wskaźniki skuteczności terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> redukcja dziennej liczby epizodów nietrzymania moczu w porównaniu z wynikiem przed leczeniem, oceniana na podstawie prowadzonego dzienniczka mikcji, przy prawidłowej podaży płynów; 2) w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i>: <ul style="list-style-type: none"> a) redukcja maksymalnego ciśnienia wypieracza na koniec fazy wypełnienia (cm H₂O),
---	---	--

<p>minimum miesiąc, definiowane jako wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych objawów:</p> <ul style="list-style-type: none">– kliniczne objawy nadreaktywności wypieracza lub skurcze wypieracza w fazie wypełniania o amplitudzie powyżej 10 cm H₂O, <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– pogorszenie się czynności nerek, definiowane jako klinicznie istotny wzrost stężenia kreatyniny, <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– pojawienie się klinicznie istotnego zastoju w górnych drogach moczowych, <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none">– zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, <p>lub</p> <p>b) nietolerancji doustnego leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa doustne leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) powodującej znaczne zaburzenia funkcji narządów lub układów zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych należących do doustnych leków antycholinergiczných;</p> <p>4) kontrolowanie opróżniania pęcherza za pomocą czystego okresowego cewnikowania (CIC) prowadzonego przez pacjenta lub opiekuna;</p> <p>5) negatywny wywiad w kierunku:</p> <ul style="list-style-type: none">a) ciężkich zaburzeń żołądka i jelit (np. ciężkiej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i toksycznego rozdzęcia okrężnicy),b) <i>miastenia gravis</i>,c) jaskry z wąskim kątem przesączania lub jej ryzyka,		<p>b) zwiększenie maksymalnej pojemności pęcherza moczowego.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	--

d) niedrożności dróg moczowych z możliwością wystąpienia zatrzymania moczu,

e) częstego oddawania moczu w nocy spowodowanego chorobą serca lub nerek;

6) wykluczenie stosowania tlenoterapii.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie:

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku leczenia *toksyną botulinową typu A i*:

- 1) niepowodzenia terapii (pierwszego podania) *toksyny botulinowej typu A*, podanie tego leku można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach *toksyny botulinowej typu A*, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego;
- 2) powodzenia terapii, podania *toksyny botulinowej typu A* można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako:

<p>a) w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> – nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o $\geq 50\%$ w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od każdego podania <i>toksyny botulinowej typu A</i>),</p> <p>b) w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i> – niewystarczająca klinicznie kontrola neurogennej nadreaktywności wypieracza (po uzyskaniu maksymalnej dawki leku), z objawami klinicznymi lub skurczami wypieracza w fazie wypełniania o amplitudzie powyżej 10 cm H₂O oceniane w badaniu urodynamicznym i/lub maksymalne ciśnienie wypieracza ≥ 40 cm H₂O przy objętości pęcherza należytnej do wieku obliczanej według wzoru $(\text{wiek}+1) \times 30$ ml – ocena po 3 miesiącach od pierwszorazowego zastosowania oksybutyniny, następne po 6 miesiącach, kolejne co 12 miesięcy;</p> <p>2) ukończenie 18 lat – w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i>;</p> <p>3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonywania czystego przerywanego cewnikowania;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p>		
---	--	--

<p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność (w tym nieprowadzenie dzienniczka mikcji, w przypadku gdy jest wymagane) i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
--	--	--

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS,</p> <p>2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów:</p> <p>a) nieoperowalne CTEPH (dyskwalifikacja od leczenia operacyjnego potwierdzona przez zespół CTEPH składający się z kardiochirurga z doświadczeniem w zakresie PEA, kardiologa interwencyjnego z doświadczeniem w zakresie cewnikowania prawostronnego oraz angioplastyki tętnic płucnych, kardiologa doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym lub brak zgody pacjenta na PEA przy akceptacji zespołu CTEPH; w przypadkach wątpliwych – brak jednoznacznej opinii specjalistów wymienionych dziedzin – konieczna jest konsultacja przez kardiochirurga, który wykonał co najmniej 50 zabiegów endarterektomii tętnic płucnych; sformułowanie „z doświadczeniem w wykonywaniu ” należy rozumieć jako „lekarza przeszkolonego i samodzielnie wykonującego określone zabiegi” a „doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym” jako „lekarza posiadającego doświadczenie w stosowaniu farmakoterapii</p>	<p>Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) Badania nieinwazyjne:</p> <p>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,</p> <p>b) test 6-minutowego marszu,</p> <p>c) oznaczenie NT-pro-BNP,</p> <p>d) badanie echokardiograficzne.</p> <p>2) Badania inwazyjne:</p> <p>– badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej.</p> <p>3) Badania obrazowe:</p> <p>a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań;</p> <p>a) MRI,</p> <p>b) Angio CT;</p> <p>c) scyntygrafia płuc.</p> <p>W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań</p>

swoistej w nadciśnieniu płucnym)

lub

b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym.

Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włączenie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH.

3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥ 25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm⁻⁵ (lub 3 jednostki Wooda),

4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO,

5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia i przeciwwskazania do włączania do programu

Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- 1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil),
- 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),

do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych

a) MRI,

b) Angio CT;

c) scyntygrafia płuc.

W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań.

2. Monitorowanie leczenia

W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni.

W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki.

Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków).

Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.

- 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą,
- 4) ciąża,
- 5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiegokolwiek postaci,
- 6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia,
- 7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,
- 8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,
- 9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.

Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

1) Badania nieinwazyjne:

- a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,
- b) test 6-minutowego marszu,
- c) oznaczenie NT-pro-BNP.

Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.

2) Badania inwazyjne:

Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się:

- na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne,
- dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,

eskalacji farmakoterapii lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia,
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE PACJENTÓW Z UKŁADOWYMI ZAPALENIAMI NACZYŃ (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE PACJENTÓW Z ZIARNINIAKOWATOŚCIĄ Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWYM ZAPALENIEM NACZYŃ (MPA) (ICD-10: M31.3, M31.7, M31.8)		
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny).</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W ramach części I programu lekowego finansuje się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>rytuksymabem</i> 2) <i>awakopaniem</i> (w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i> albo <i>cyklofosfamidem</i>) <p>pacjentów z ziarniniakowością z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowym zapaleniem naczyń (MPA).</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. lub 1.2.2.) dla poszczególnych terapii. W przypadku kwalifikacji pacjenta do leczenia <i>awakopaniem</i>, w sytuacji gdy jest leczony <i>rytuksymabem</i>, kryterium ogólne pkt 3 w stosunku do</p>	<p>1. Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu Dawkowanie leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawkowanie w postaciach GPA i MPA o mniejszym nasileniu niż ciężka postać analogiczne jak w postaci ciężkiej.</p> <p>2. Dawkowanie i sposób podawania awakopanu Awakopan należy podawać w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i> lub <i>cyklofosfamidem</i> zgodnie ze schematem leczenia opisanym w aktualnym ChPL. Maksymalna dobową dawką awakopanu to 60 mg. Czasowe wstrzymanie leczenia oraz sposób podawania, w tym ewentualne zmniejszenie dawki, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu; 2) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie płytek krwi (PLT); 5) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 9) oznaczenie stężenia bilirubiny; 10) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

awakopaniu musi być spełnione w momencie kwalifikacji do terapii indukującej rytuksymabem.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

- 1) wiek 18 lat i więcej;
- 2) rozpoznanie ziarniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów;
- 3) wysoka aktywność choroby definiowana jako:
 - a) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, lub
 - b) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce 10 mg lub wyższej na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych.
- 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
- 7) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

- 11) oznaczenie wskaźnika eGFR;
- 12) badanie ogólne moczu;
- 13) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane);
- 14) oznaczenie przeciwciał anty-HCV;
- 15) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total;
- 16) oznaczenie antygenu HBs;
- 17) oznaczenie przeciwciał anty-HIV;
- 18) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG);
- 19) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM);
- 20) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA);
- 21) elektrokardiografia (EKG);
- 22) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją);
- 23) wykonanie testu IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.

W przypadku włączenia pacjenta do leczenia awakopaniem w sytuacji gdy jest leczony rytuksymabem w ramach programu wymagane badania pkt: 1, 3, 7, 8, 9.

2. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem w programie

Wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego, w zależności od stanu klinicznego, postaci choroby oraz czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, **przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-13.**

- 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu;

1.2.1. rytuksymabem

1) w zależności od postaci choroby spełnienie wymagania dotyczącego wcześniej zastosowanej terapii:

- a) w **indukcji remisji** lub **podtrzymaniu remisji ciężkiej postaci choroby** jako lek równoważny z syntetycznymi lekami immunosupresyjnymi/ immunomodulacyjnymi (I lub kolejna linia leczenia),
- b) w **indukcji remisji** lub **podtrzymaniu remisji postaci choroby o mniejszym nasileniu niż ciężka postać** po niepowodzeniu terapii co najmniej jednym lekiem immunosupresyjnym/ immunomodulującym (II lub kolejna linia leczenia),

1.2.2. awakopaniem (w skojarzeniu z rytuksymabem albo cyklofosfamidem)

1) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia

2) spełnienie przynajmniej 1 z poniższych kryteriów:

- a) niemożność zredukowania dawki glikokortykosteroidów do 5 mg prednizonu lub jego ekwiwalentu w ciągu co najmniej 5 miesięcy leczenia rytuksymabem albo cyklofosfamidem,
- b) bezwzględne przeciwwskazanie do stosowania glikokortykosteroidów w dużych dawkach potwierdzone w dokumentacji medycznej (np. rozchwiana cukrzyca, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, nawracające zakażenia, ciężka choroba sercowo-naczyniowa),
- c) uszkodzenie nerek w przebiegu zapalenia naczyń GPA lub MPA z eGFR ≤ 30 ml/min.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni rytuksymabem albo awakopaniem (w skojarzeniu z rytuksymabem albo**

- 2) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 8) oznaczenie wskaźnika eGFR;
- 9) badanie ogólne moczu;
- 10) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy);
- 11) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG);
- 12) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM);
- 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA);
- 14) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);
- 15) oznaczenie przeciwciał anty-HCV;
- 16) oznaczenie antygenu HBs;
- 17) elektrokardiografia (EKG);
- 18) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed podaniem leku).

3. Monitorowanie leczenia rytuksymabem albo awakopaniem w skojarzeniu z rytuksymabem albo awakopaniem w skojarzeniu z cyklofosfamidem

- 1) badanie ogólne moczu;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;

cyklofosfamidem) w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Pacjent, który osiągnął adekwatną odpowiedź na leczenie rytuksymabem i lekarz prowadzący podjął decyzję o zakończeniu lub wstrzymaniu leczenia, w przypadku nawrotu aktywnej postaci choroby lub w celu podtrzymania remisji, może mieć wznowione leczenie rytuksymabem bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT.

Do leczenia rytuksymabem można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT.

Leczenie awakopanem w ramach programu prowadzi się przez maksymalnie 52 tygodnie.

Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku uzyskania trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza może być bezpiecznie kontrolowana z zastosowaniem standardowej terapii.

3. Kryteria oceny skuteczności leczenia

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia rytuksymabem pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako:

- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST);
- 5) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 6) oznaczenie wskaźnika eGFR;
- 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 8) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu;
- 9) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane);
- 10) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 11) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);
- 12) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i/lub p-ANCA);
- 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG);
- 14) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM);
- 15) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA) (do decyzji lekarza);
- 16) elektrokardiografia (EKG);
- 17) badanie RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza).

Leczenie rytuksymabem albo awakopanem w skojarzeniu z rytuksymabem:

Badania wykonuje się po 3 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia terapii indukcyjnej rytuksymabem (wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego).

1) w leczeniu indukcyjnym – uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i niewymagających innej modyfikacji leczenia stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego;

2) w leczeniu podtrzymującym – utrzymanie niskiej aktywności choroby, zgodnie z definicją w pkt. 1) powyżej, stwierdzanej podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem.

Pacjent, u którego w trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem dochodzi do utraty niskiej aktywności choroby, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego, może otrzymać kolejny cykl leczenia indukcyjnego rytuksymabem – po odnotowaniu w SMPT.

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia awakopanem (w skojarzeniu z rytuksymabem lub cyklofosfamidem):

1) uzyskanie i utrzymanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, z całkowitym odstawieniem stosowanych glikokortykosteroidów lub stosowanie prednizolonu w dawce nie przekraczającej 5 mg prednizonu lub jego ekwiwalentu dziennie stwierdzone po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) terapii awakopanem i potwierdzone po 12 miesiącach terapii.

4. Kryteria wyłączenia z programu

1) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku/leków w ramach programu;

Po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia **terapii indukcyjnej rytuksymabem**, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17).

Następnie badania wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia **leczenia podtrzymującego rytuksymabem** (obligatoryjne badanie pkt 8, pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego).

W przypadku włączenia pacjenta do leczenia awakopanem w sytuacji gdy jest aktywnie leczony rytuksymabem:

Po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii awakopanem, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17).

Po 12 miesiącach terapii awakopanem należy obligatoryjnie wykonać badania pkt 2, 3, 4, 5, 8 (pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego).

Leczenie awakopanem w skojarzeniu z cyklofosfamidem:

Po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii awakopanem, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17).

Po 12 miesiącach terapii awakopanem należy obligatoryjnie wykonać badania pkt 2, 3, 4, 5, 8 (pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

<p>2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt 3. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i>;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;</p> <p>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</p>		<p>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności leczenia zawartego w punkcie 3. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i> oraz danych nt. spełnienia poszczególnych ppkt w pkt 1.2.2. 2) <i>Szczegółowe kryteria kwalifikacji</i>;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
<p>II. LECZENIE PACJENTÓW Z OLBRZYMIOKOMÓRKOWYM ZAPALENIEM TĘTNIC (GCA) (ICD-10: M31.5, M31.6)</p>		
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny).</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p>	<p>Dawkowanie tocilizumabu w postaci dożylniej w leczeniu GCA:</p> <p>Tocilizumab w postaci dożylniej należy podawać we wlewie dożylnym co 4 tygodnie w dawce 8 mg/kg masy ciała. Ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu między podaniami leku prowadzone zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC);</p> <p>2) oznaczenie płytek krwi (PLT);</p>

W ramach części II programu lekowego finansuje się leczenie:

1) *tocilizumabem*

pacjentów z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic (GCA).

1. Kryteria kwalifikacji

- 1) rozpoznanie GCA ustalone na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów;
- 2) brak remisji lub utrata remisji uzyskanej po zastosowaniu standardowej terapii, w tym z użyciem glikokortykosteroidów lub występowanie istotnych działań niepożądanych bądź przeciwwskazań do stosowania standardowej terapii w zalecanych dawkach;
- 3) aktywna postać choroby definiowana jako występowanie co najmniej jednego z poniższych:
 - a) klinicznych objawów GCA z lub bez podwyższonych wartości parametrów zapalnych: OB \geq 30mm/h i/lub CRP \geq 1 mg/dl (10 mg/l),
 - lub
 - b) cechy aktywnego zapalenia tętnic w badaniu obrazowym (PET, MRI, TK, USG).
- 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
- 7) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

- 3) oznaczenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów;
- 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 5) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 9) oznaczenie wskaźnika eGFR;
- 10) badanie ogólne moczu;
- 11) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane);
- 12) oznaczenie przeciwciał anti-HCV;
- 13) oznaczenie przeciwciał anti-HBc total;
- 14) oznaczenie antygenu HBs;
- 15) oznaczenie przeciwciał anti-HIV;
- 16) elektrokardiografia (EKG);
- 17) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją);
- 18) wykonanie testu IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.

2. Badania przy wznowieniu leczenia w programie

Wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego, w zależności od stanu klinicznego, postaci choroby oraz czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, **przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-10.**

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni tocilizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii**, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Pacjent, który osiągnął adekwatną odpowiedź na leczenie tocilizumabem i lekarz prowadzący podjął **decyzję o zakończeniu lub wstrzymaniu leczenia, w przypadku nawrotu aktywnej postaci choroby lub w celu podtrzymania remisji**, może mieć wznowione leczenie bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT.

Cykl leczenia tocilizumabem trwa do 12 miesięcy (13 podań leku) z możliwością przedłużenia leczenia po odnotowaniu tego faktu przez lekarza prowadzącego w SMPT.

Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku uzyskania trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza może być bezpiecznie kontrolowana z zastosowaniem standardowej terapii.

3. Kryteria oceny skuteczności leczenia

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako:

ustąpienie lub istotne zmniejszenie objawów klinicznych GCA i obniżenie wyjściowo podwyższonych parametrów zapalnych (OB, CRP) stwierdzone po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) terapii.

- 1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC);
- 2) oznaczenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów;
- 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 8) oznaczenie wskaźnika eGFR;
- 9) badanie ogólne moczu;
- 10) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy);
- 11) oznaczenie przeciwciał anti-HCV;
- 12) oznaczenie antygenu HBs;
- 13) elektrokardiografia (EKG);
- 14) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed podaniem leku).

3. Monitorowanie terapii tocilizumabem

- 1) morfologia krwi z rozmazem z oznaczeniem płytek krwi (PLT) oraz bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC);
- 2) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów;
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu;
- 2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia*;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;
- 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;
- 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST);
- 5) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
- 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);
- 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

Badania wykonuje się po 3 i 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc), a następnie co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia podawania leku wraz z oceną skuteczności zastosowanej terapii w oparciu o ocenę aktywności choroby na podstawie występowania klinicznych objawów GCA i wartości parametrów zapalnych OB i CRP.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności leczenia zawartych w punkcie 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia*;

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
III. LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ EOZYNOFILOWEJ ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (EGPA) (ICD-10: M30.1)		
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny).</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W ramach części III programu lekowego finansuje się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>mepolizumabem</i> 2) <i>benralizumabem</i> <p>pacjentów z eozynofilową ziarniniakowością z zapaleniem naczyń (EGPA).</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek: <ol style="list-style-type: none"> 1.1) 6 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii <i>mepolizumabem</i>, 1.2) 18 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii <i>benralizumabem</i>; 2) udokumentowane rozpoznanie eozynofilowej ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (EGPA) zgodnie z aktualnymi wytycznymi 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1) <i>mepolizumab</i></p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka <i>mepolizumabu</i> u dorosłych to 300 mg podawane podskórnym raz na 4 tygodnie.</p> <p>Dostosowanie dawki u dzieci i młodzieży - zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>1.2) <i>benralizumab</i></p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka <i>benralizumabu</i> wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Czasowe wstrzymanie leczenia lub wydłużenie odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii oraz sposób podawania, w tym ewentualne zmniejszenie dawki, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu oraz innych leków (cytotoksycznych/ immunosupresyjnych/ biologicznych); 2) morfologia krwi z rozmazem z określeniem bezwzględnej liczby eozynofiliów; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazanie); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy krwi; 8) badanie kału na pasożyty; 9) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM, IgA, IgE; 10) elektrokardiografia (EKG); 11) ECHO serca (do decyzji lekarza); 12) spirometria (do decyzji lekarza);

<p>opartymi na dowodach naukowych, w tym kryteriami klasyfikacyjnymi wg ACR/EULAR;</p> <p>3) aktywna postać EGPA (BVAS \geq 2) pomimo leczenia zgodnego z zaleceniami ACR/EULAR;</p> <p>3.1) <i>postać nawracająco-ustępująca</i> definiowana jako co najmniej jeden nawrót aktywnej choroby (BVAS \geq 2) w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu, pomimo stosowania skojarzonego leczenia podtrzymującego, w tym glikokortykosteroidów w dawce \geq7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizon oraz azatiopryny lub metotreksatu lub mykofenolanu mofetilu,</p> <p>lub</p> <p>3.2) <i>postać oporna na leczenie</i> w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu definiowana jako:</p> <p>3.2.1) brak uzyskania co najmniej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2) pomimo stosowania zalecanego przez ACR/EULAR skojarzonego leczenia indukującego remisję w pierwszej linii, w tym glikokortykosteroidów w rekomendowanych dawkach w postaci doustnej lub dożyłnej oraz co najmniej jednego leku cytotoksycznego lub immunosupresyjnego lub biologicznego, jak cyklofosfamid lub azatiopryna lub metotreksat lub mykofenolan mofetilu lub rytuksymab,</p> <p>lub</p> <p>3.2.2) nawrót aktywnej choroby (BVAS \geq 2) u pacjentów stosujących skojarzone leczenie podtrzymujące, w tym glikokortykosteroidy w dawce \geq7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizon oraz azatioprynę lub metotreksat lub mykofenolan mofetilu, w przypadku zmniejszenia dawki glikokortykosteroidów do <7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizonu.</p>	<p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta.</p>	<p>13) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesięcy przed kwalifikacją) (do decyzji lekarza);</p> <p>14) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochnonnych (c-ANCA i p-ANCA);</p> <p>15) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>16) wykonanie testu IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy (do decyzji lekarza).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem z określeniem bezwzględnej liczby eozynofiliów;</p> <p>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST);</p> <p>4) oznaczenie białka C-reaktywne (CRP);</p> <p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy krwi;</p> <p>6) badanie ogólne moczu;</p> <p>7) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy);</p> <p>8) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochnonnych (c-ANCA i p-ANCA - jeśli dotyczy);</p> <p>9) ECHO serca (do decyzji lekarza);</p> <p>10) spirometria (do decyzji lekarza);</p>
--	---	--

- 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy **byli leczeni mepolizumabem albo benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii**, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

U pacjentów z zajęciem istotnych dla życia i zdrowia narządów, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w programie po nieskuteczności leczenia GKS w monoterapii.

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4.

3. Kryteria oceny skuteczności leczenia

- 11) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza).

Badania wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc).

Ocenę skuteczności na podstawie skali BVAS wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności leczenia zawartego w punkcie 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia tj. wynik w skali BVAS oraz przyjmowana dawka prednizonu lub jego ekwiwalentu*;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako:

1) uzyskanie niskiej aktywności choroby zdefiniowanej jako wynik w skali BVAS < 2 – po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) leczenia;

lub

2) spadek wartości BVAS o co najmniej 50% przy jednoczesnej redukcji dawki GKS o co najmniej 50% – po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) leczenia;

oraz

3) utrzymywanie się adekwatnej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (+/- 1 miesiąc) w trakcie aktywnego leczenia w programie (obligatoryjnie, niezależnie które kryterium spełniono po 6 miesiącach terapii).

4. Kryteria wyłączenia

1) uzyskanie trwałej remisji choroby (BVAS = 0) lub trwałej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2), które w opinii lekarza prowadzącego umożliwiają wstrzymanie podawania leku w ramach programu;

2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia*;

3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

4) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;

5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;

6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;

7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, m.in. dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

5. Kryteria ponownego włączenia

1) u pacjentów, u których leczenie wstrzymano z powodu uzyskania trwałej remisji choroby (BVAS = 0), w przypadku wzrostu aktywności mierzonej wartością BVAS ≥ 1 , pacjent może ponownie rozpocząć leczenie bez wstępnej kwalifikacji;

2) u pacjentów, u których leczenie wstrzymano z powodu uzyskania trwałej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2), w przypadku wzrostu aktywności mierzonej wartością BVAS ≥ 2 , pacjent może ponownie rozpocząć leczenie bez wstępnej kwalifikacji.

LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozydemii typu 1 (HT-1).</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby; 	<p>1. Dawkowanie nityzynonu Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu; 2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas; 3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny 4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu; 5) morfologia krwi, z płytkami krwi; 6) ALAT, AspAT; 7) bilirubina całkowita i frakcje; 8) fosfataza alkaliczna; 9) GGTP; 10) INR; 11) czas protrombinowy; 12) APPT; 13) białko całkowite, albuminy we krwi; 14) gazometria; 15) sód, potas, chlorki we krwi; 16) wapń, fosfor we krwi i moczu; 17) mocznik, kreatynina we krwi; 18) kwas moczowy we krwi i moczu; 19) kreatynina w moczu; 20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby; 21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;

<p>5) inne przeciwwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>22) konsultacja dietetyczna.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozydemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none">1) oznaczenie bursztyniloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny;3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;4) morfologia krwi, z płytkami krwi;5) ALAT, AspAT;6) bilirubina całkowita i frakcje;7) fosfataza alkaliczna;8) GGTP;9) INR;10) czas protrombinowy;11) APPT;12) białko całkowite, albuminy we krwi;13) gazometria;14) sód, potas, chlorki we krwi;15) wapń, fosfor we krwi i moczu;16) mocznik, kreatynina we krwi;17) kwas moczowy we krwi i moczu;18) kreatynina w moczu;19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;21) konsultacja dietetyczna.
--	--	--

		<p>W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA (ICD-10: C81)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na chłoniaka Hodgkina udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:</u></p> <p>1) pacjentom z nieleczonym uprzednio chłoniakiem Hodgkina w 1. linii leczenia:</p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z doksorubicyną, winblastyną i dakarbazyną (BrAVD)</i>, albo</p> <p>b) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z etopozydem, cyklofosfamidem, doksorubicyną, dakarbazyną i deksametazonem (BrECADD)</i>;</p> <p>2) pacjentom z opornym lub nawrotowym chłoniakiem Hodgkina:</p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>, b) <i>niwolumab w monoterapii</i>.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <p>1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</p>	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia</p> <p>1.1.1. BrAVD</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><i>Brentuksymab vedotin</i>: zalecana dawka wynosi 1,2 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><i>Doksorubicyna</i>: zalecana dawka wynosi 25 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p><i>Winblastyna</i>: zalecana dawka wynosi 6 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p><i>Dakarbazyna</i>: zalecana dawka wynosi 375 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia rozpoznania chłoniaka Hodgkina wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym obecność antygenu CD30 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia;</p> <p>2) badanie obrazowe: tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) lub ewentualnie tomografia komputerowa (TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej;</p> <p>3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin</i> – w nawrotowym chłoniaku Hodgkina, a w przypadku oporności choroby wystarczające jest badanie immunohistochemiczne i udokumentowanie obecności antygenu CD30 we wcześniejszym badaniu histopatologicznym;</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</p> <p>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>8) test ciąży (u kobiet w wieku rozrodczym);</p>

<p>2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina;</p> <p>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń.</p> <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia</p> <p>1.2.1. BrAVD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w III lub IV stadium zaawansowania. <p>1.2.2. BrECADD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w stadium IIB zaawansowania choroby z czynnikami ryzyka, tj. masa <i>bulky</i> (≥ 10 cm lub $\geq 1/3$ maksymalnego wymiaru poprzecznego klatki piersiowej) lub 	<p>Profilaktyka ze wspomaganiami czynnikiem wzrostu (G-CSF) jest zalecana od podania pierwszej dawki zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>1.1.2. BrECADD</p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><i>Brentuksymab vedotin</i>: zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 30 minut, w dniu 1. każdego cyklu 1-6.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><i>Etopozyd</i>: zalecana dawka wynosi 150 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 60 minut w 2., 3 i 4 dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p><i>Cyklofosfamid</i>: zalecana dawka wynosi 1250 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 60 minut w 2. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p><i>Doksorubicyna</i>: zalecana dawka wynosi 40 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 30 minut w 2. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p><i>Dakarbazyne</i>: zalecana dawka wynosi 250 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 120 minut w 3. i 4. dniu każdego cyklu 1-6.</p>	<p>9) oznaczenie stężenia glukozy we krwi – w przypadku terapii z zastosowaniem <i>brentuksymabu vedotin</i>;</p> <p>10) oznaczenie stężenia TSH – w przypadku terapii <i>niwolumabem w monoterapii</i>.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. BrAVD lub BrECADD lub brentuksymab vedotin w monoterapii</p> <p>Badania wykonywane przed każdym podaniem <i>brentuksymabu vedotin</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. <p>2.2. niwolumab w monoterapii</p> <p>Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia TSH; 6) oznaczenie stężenia sodu; 7) oznaczenie stężenia potasu; 8) oznaczenie stężenia wapnia.
---	--	--

<p>zmiany pozawęzłowe albo w III lub IV stadium zaawansowania.</p> <p>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina</p> <p>1.3.1. brentuksymab vedotin w monoterapii</p> <p>Do leczenia <i>brentuksymabem vedotin</i> w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający poniższe kryterium 1) albo 2):</p> <p>1) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie:</p> <p>a) po przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT)</p> <p>lub</p> <p>b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia, w przypadku, gdy auto-HSCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia,</p> <p>albo</p> <p>2) po auto-HSCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby, definiowanym jako obecność co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka:</p> <p>a) oporność na pierwszą linię leczenia;</p> <p>b) nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia;</p> <p>c) zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed auto-HSCT</p> <p>(pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30. a 45. dniem po auto-HSCT).</p> <p>1.3.2. niwolumab w monoterapii</p> <p>1) wiek 12 lat i powyżej;</p>	<p><i>Deksametazon</i>: zalecana dawka wynosi 40 mg podawana doustnie w 2., 3, 4 i 5. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Profilaktykę pierwotną ze wspomaganie czynnikiem wzrostu (G-CSF) należy stosować od 5. dnia każdego cyklu u wszystkich chorych.</p> <p>Profilaktyka antybiotykowa musi być podawana 3 razy w tygodniu przez cały czas trwania chemioterapii.</p> <p>Zgodnie z ChPL zalecane jest wstępne leczenie deksametazonem przez 4 dni przed pierwszym cyklem chemioterapii u pacjentów w wieku > 40 lat lub też można postępować według uznania lekarza.</p> <p>W przypadku wystąpienia określonej toksyczności schematu <i>BrECADD</i>, zgodnie z ChPL należy obowiązkowo de-eskalować leki w kolejnych cyklach do: poziomu 3 (etopozyd 125 mg/m² i cyklofosfamid 1100 mg/m²), poziomu 2 (etopozyd 100 mg/m² i cyklofosfamid 950 mg/m²), poziomu 1 (etopozyd 100 mg/m² i cyklofosfamid 800 mg/m²) lub poziomu wyjściowego (najniższa dawka, tj. etopozyd 100 mg/m², doksorubicyna 35 mg/m² i cyklofosfamid 650 mg/m²).</p> <p>Jeśli chory po 2 cyklach <i>BrECADD</i> uzyskuje negatywny wynik badania PET-TK, można zastosować łącznie tylko 4 cykle <i>BrECADD</i>.</p>	<p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>1) PET/TK (zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu) lub TK.</p> <p>Badanie wykonuje się:</p> <p>a) w przypadku terapii <i>BrAVD</i> – po 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby;</p> <p>b) w przypadku terapii <i>BrECADD</i> – po 2. i 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby;</p> <p>c) w przypadku terapii <i>brentuksymab w monoterapii</i> – po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby;</p> <p>d) w przypadku terapii <i>niwolumabem w monoterapii</i> – po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie badania obrazowe należy następnie wykonywać co pół roku.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p>
--	---	--

<p>2) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie po wcześniejszym przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) oraz po leczeniu <i>brentuksymabem vedotin</i> albo nawrót lub oporność po wcześniejszym leczeniu <i>brentuksymabem vedotin</i>, gdy auto-HSCT nie stanowiło opcji leczenia;</p> <p>3) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.</p> <p>1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>BrAVD</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli; 2) <i>BrECADD</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli; 3) <i>brentuksymabem vedotin</i> w <i>monoterapii</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku. <p>U chorych kwalifikowanych do programu według kryterium 1.3.1.1.b) i odpowiadających na leczenie <i>brentuksymabem vedotin</i>, wykonanie auto-HSCT nie wyklucza kontynuacji leczenia <i>brentuksymabem vedotin</i> do sumarycznej liczby 16 cykli.</p>	<p>1.2. Dawkowanie w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina</p> <p>1.2.1. <i>brentuksymab vedotin</i> w monoterapii</p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><u>Dorośli:</u> Zalecana dawka <i>brentuksymabu vedotin</i> u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><u>Dzieci:</u> Zalecana dawka <i>brentuksymabu vedotin</i> u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg mc. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).</p> <p>1.2.2. <i>niwolumab</i> w monoterapii</p> <p><u>Dorośli:</u> Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 240 mg podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie.</p>	<p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania PET/TK: <ul style="list-style-type: none"> – całkowita metaboliczna remisja (CMR), – brak całkowitej metabolicznej remisji: <ol style="list-style-type: none"> i. częściowa metaboliczna remisja (PMR), ii. stabilizacja metaboliczna (SMD), iii. progresja metaboliczna (PMD), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS); b) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania TK: <ul style="list-style-type: none"> – całkowita odpowiedź (CR), – częściowa odpowiedź (PR), – choroba stabilna (SD), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS); <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej</p>
---	--	---

<p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) progresja choroby podczas leczenia nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia; 2) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia; 3) brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia – w przypadku chorych kwalifikowanych do programu z zastosowaniem <i>brentuksymabu vedotin w monoterapii</i> według kryterium 1.3.1.1. a) lub b); 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria), pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 7) okres ciąży lub karmienie piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 	<p><u>Dzieci w wieku 12-18 lat:</u> Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> wynosi 3mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie).</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>Czasowe zawieszenie leczenia <i>niwolumabem</i> jest możliwe zgodnie z opisem w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego, w tym podawanie <i>niwolumabu</i> można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.</p>	<p>lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	---	---

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD-10: C91.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na przewlekłą białaczkę limfocytową udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:</u></p> <p>1) w 1. linii leczenia:</p> <p>a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanym statusem <i>IgHV</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>ibrutynib</i> w monoterapii; <p>b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>akalabrutynib</i> w monoterapii <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i> <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>zanubrutynib</i> w monoterapii <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>ibrutynib</i> w skojarzeniu z <i>wenetoklaksem</i>; <p>2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia:</p>	<p>1. Dawkowanie:</p> <p>1.1. <i>ibrutynib</i> w monoterapii</p> <p>Zalecana dawka <i>ibrutynibu</i> wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę.</p> <p>1.2. <i>akalabrutynib</i> w monoterapii</p> <p>Zalecana dawka <i>akalabrutynibu</i> wynosi 100 mg podawana dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg).</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.</p> <p>1.3. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i></p> <p><u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania,</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej:</p> <p>a) badanie na obecność antygenu CD20 (szczególnie przy stosowaniu terapii z przeciwciałami anty-CD20),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>c) badanie na obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub statusu mutacji w genach <i>IgHV</i>, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia,</p> <p>d) ocena wydolności nerek i wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, – oznaczenie wskaźnika eGFR, – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), – oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), – oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

<p>a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem</i>, – <i>ibrutynib w monoterapii</i>, – <i>akalabrutynib w monoterapii</i>, – <i>wenetoklaks w monoterapii</i>, – <i>zanubrutynib w monoterapii</i>; <p>b) pacjentom bez delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem</i>, – <i>ibrutynib w monoterapii</i>, – <i>akalabrutynib w monoterapii</i>, – <i>zanubrutynib w monoterapii</i>. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej; 4) obecność wskazań do leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL)); 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 	<p>drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.</p> <p><u>Chlorambucyl w cyklach 1-6:</u> zalecana dawka wynosi 0,5 mg/kg mc. w dniach 1. i 15. każdego cyklu.</p> <p>1.4. wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</p> <p><u>Wenetoklaks:</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p>	<p>e) dodatkowo w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i> – oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</p> <p>f) dodatkowo w przypadku terapii z zastosowaniem <i>wenetoklaksu</i> w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo <i>ibrutynibem</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, – oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, – oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, <p>g) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,</p> <p>h) ocena masy guza z zastosowaniem badań obrazowych (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI – wybór rodzaju badań do decyzji lekarza),</p> <p>i) dodatkowo w przypadku leczenia <i>obinutuzumabem</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> lub <i>zanubrutynibem</i> (jeśli ocena jest konieczna dla spełnienia kryteriów kwalifikacji do programu) – ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) przesiewowe badanie w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA); 3) przesiewowe badanie w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA); 4) elektrokardiografia (EKG); 5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p>
---	---	---

<p>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p>	<p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p>	<p>2.1. ibrutynib w monoterapii lub akalabrutynib w monoterapii lub zanubrutynib w monoterapii</p>
<p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia</p> <p>1.2.1. ibrutynib w monoterapii</p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</p> <p>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanego statusu <i>IgHV</i>.</p>	<p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p>	<p>1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy terapii, a następnie co najmniej 1 raz na 3 miesiące:</p>
<p>1.2.2. akalabrutynib w monoterapii</p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej.</p>	<p><i>Wenetoklaks</i> podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12. Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS, może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia 1. dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p>	<p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>2) badania wykonywane co 3 miesiące:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek,</p> <p>b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków.</p>
<p>1.2.3. obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem</p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;</p> <p>2) wyniki parametrów:</p> <p>a) CrCl (klirens kreatyniny): > 30ml/min oraz < 70 ml/min lub</p>	<p><u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia</p>	<p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p>
<p></p>	<p></p>	<p>2.2. obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem</p> <p>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.</p> <p>2.3. wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</p>

<p>b) liczba punktów wg skali CIRS > 6;</p> <p>3) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych;</p> <p>4) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny.</p> <p>1.2.4. wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;</p> <p>2) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych.</p> <p>1.2.5. zanubrutynib w monoterapii</p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</p> <p>2) przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia z wykorzystaniem schematu FCR (<i>fludarabina, cyklofosfamid, rytuksymab</i>) zdefiniowane jako:</p> <p>a) wiek 65 lat i powyżej albo</p> <p>b) wiek 18-64 lat i obecność co najmniej jednego z poniższych parametrów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CrCl (klirens kreatyniny) \geq 30 ml/min oraz < 70 ml/min lub - liczba punktów wg skali CIRS > 6 	<p>(bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.</p> <p>1.5. zanubrutynib w monoterapii</p> <p>Zalecana dawka <i>zanubrutynibu</i> wynosi 320 mg na dobę.</p> <p>Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.</p> <p>1.6. ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem</p> <p><u>Ibrutynib (cykle 1-15):</u> Zalecana dawka <i>ibrutynibu</i> wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę.</p> <p><u>Wenetoklaks (cykle 4-15):</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p>	<p>1) badania wykonywane w trakcie leczenia <i>obinutuzumabem</i> i <i>wenetoklaksem</i> (cykle 1-6) – przed każdym podaniem <i>obinutuzumabu</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6), g) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6), h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6), i) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (przed rozpoczęciem cykli 3-6); <p>2) badania wykonywane w trakcie dostosowywania dawki <i>wenetoklaksu</i> (od 22. dnia cyklu 1., a następnie co 1 tydzień przez 5 tygodni):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); <p>3) badanie wykonywane w cyklach 7-12, przed rozpoczęciem każdego cyklu – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p>
---	---	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> - wystąpienie w ciągu ostatnich 2 lat ≥ 1 ciężkiej infekcji (wymagającej hospitalizacji lub pozajelitowej antybiotykoterapii) lub ≥ 3 infekcji (wymagających doustnej antybiotykoterapii) potwierdzonych w dokumentacji medycznej pacjenta. <p>1.2.6. ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej. <p>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia</p> <p>1.3.1. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53). <p>1.3.2. ibrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53). 	<p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><i>Wenetoklaks</i> podaje się pierwszy raz w 1. dniu czwartego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Następnie dawkę 400 mg podaje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 15.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 4) badania wykonywane przed rozpoczęciem cyklu 9 i 12: <ul style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), g) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi. <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p>2.4. ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu (przed rozpoczęciem każdego cyklu): <ul style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) badania wykonywane co 3 miesiące (tj. przed rozpoczęciem cyklu 4, 7, 10 i 13): <ul style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, g) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, h) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 3) badania wykonywane przed pierwszym podaniem <i>wenetoklaksu</i> oraz co tydzień przez okres dostosowania dawki:
--	--	---

<p>1.3.3. akalabrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</p> <p>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</p> <p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p> <p>1.3.4. wenetoklaks w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53, u których nie powiodło się leczenie inhibitorem BTK</p> <p>1) niepowodzenie po leczeniu inhibitorem BTK;</p> <p>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p> <p>1.3.5. zanubrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</p> <p>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</p> <p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p> <p>1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem</p>	<p>1.7. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem</p> <p>Wenetoklaks: Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p>	<p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</p> <p>f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</p> <p>g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>4) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla ibrutynibu okresowe badania:</p> <p>a) EKG w celu wykrycia migotania przedsionków.</p> <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p>2.5. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem lub wenetoklaks w monoterapii</p> <p>1) badania wykonywane przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</p> <p>f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;</p> <p>2) badanie wykonywane po okresie dostosowywania dawki wenetoklaksu co 1 miesiąc – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p>
---	---	--

trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- 1) *obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem* – leczenie trwa maksymalnie do 6 cykli;
- 2) *wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem* – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli *wenetoklaks* podawany jest wraz z *obinutuzumabem*, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) *wenetoklaks* podawany jest w monoterapii;
- 3) *ibrutynibem w skojarzeniu z wenetoklaksem* – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 15 cykli po 28 dni, przy czym przez 3 pierwsze cykle *ibrutynib* podawany jest w monoterapii, natomiast przez kolejne 12 cykli (od 4 do 15 cyklu) *ibrutynib* podawany jest wraz z *wenetoklaksem*;
- 4) *wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem* – leczenie trwa maksymalnie do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg *wenetoklaksu* i podania *rytuksymabu* w 1. dniu 1. cyklu, przy czym *rytuksymab* stosowany jest przez 6 cykli.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek

Leczenie *wenetoklaksem* w dawce 400 mg powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia *rytuksymabem* i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania *rytuksymabu* w 1. dniu 1. cyklu.

Rytuksymab: Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia *rytuksymabem* następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki *wenetoklaksu* (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa *rytuksymabu* w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m² powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m² powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.

1.8. wenetoklaks w monoterapii

Dawka początkowa wynosi 20 mg *wenetoklaksu* 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:

Tydzień 1 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 2 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 3 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

Tydzień 4 – zalecana dawka *wenetoklaksu*: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.

3) badania wykonywane po okresie dostosowywania dawki *wenetoklaksu* co 3 miesiące:

- a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
- b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,
- c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
- d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,
- e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
- f) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
- g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
- h) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia powinny być przeprowadzane co 3 miesiące, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą (w przypadku leczenia *ibrutynibem* lub *akalabrutynibem* lub *zanubrutynibem*):

- 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
- 2) badania obrazowe: USG jamy brzusznej lub TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (potrzeba wykonania badań obrazowych i ich rodzaj - do decyzji lekarza w zależności od sytuacji klinicznej);
- 3) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku przy potwierdzeniu całkowitej remisji lub w przypadku cytopenii o nieokreślonej przyczynie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań

<p>substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) – w przypadku terapii <i>wenetoklaksem</i> w połączeniu z przeciwciałem anti-CD20;</p> <p>5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii – w przypadku terapii z zastosowaniem <i>wenetoklaksu</i> w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anti-CD20 albo <i>ibrutynibem</i>;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>	<p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) częściowa odpowiedź z limfocytozą (PR-L) – w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i>, d) choroba stabilna (SD), e) brak odpowiedzi (NR), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS); <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej</p>
--	--	--

		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE Ph (-) (ICD-10:D45, D47.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na niżej wskazane nowotwory mieloproliferacyjne Filadelfia ujemne, Ph (-), udostępnia się terapie:</p> <p>1) chorym na pierwotną mielofibrozę (PMF) lub mielofibrozę w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) lub mielofibrozę w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF):</p> <p>a) <i>rukсолitynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej),</p> <p>b) <i>fedratynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni <i>rukсолitynibem</i>),</p> <p>c) <i>momelotynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni <i>rukсолitynibem</i> lub <i>fedratynibem</i>),</p> <p>2) chorym na czerwienicę prawdziwą (PV):</p> <p>a) <i>rukсолitynibem</i> (chorzy z opornością lub nietolerancją na leczenie <i>hydroksymocznikiem</i>),</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p>	<p>1. Dawkowanie leku</p> <p>1.1. rukсолitynib</p> <p>1.1.1. w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF</p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>rukсолitynibu</i> jest ustalana na podstawie liczby płytek krwi zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, w zakresie od 5 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 10 mg) do 20 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 40 mg).</p> <p>Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę.</p> <p>Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) trepanobiopsja szpiku:</p> <p>a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – jeśli była wykonana wcześniej, to powtórna trepanobiopsja przy kwalifikacji do programu może być wykonana tylko w uzasadnionych sytuacjach klinicznych (badanie dotyczy chorych, którzy wcześniej nie byli leczeni inhibitorami kinazy janusowej),</p> <p>b) w przypadku chorych na PV – tylko w uzasadnionych sytuacjach klinicznych;</p> <p>2) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem mikroskopowym;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>8) dodatkowo w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:</p> <p>a) oceny wielkości śledziony,</p>

<p>Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem lub fedratynibem lub momelotynibem chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> a) pierwotnej mielofibrozy (PMF) albo 	<p>1.1.2. w leczeniu chorych na PV</p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>ruksolitynibu</i> wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg).</p> <p>Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę.</p> <p>Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.</p> <p>1.2. fedratynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF</p> <p>Zalecana dawka <i>fedratynibu</i> wynosi 400 mg doustnie podawana 1 raz na dobę.</p> <p>1.3. momelotynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post ET MF</p> <p>Zalecana dawka <i>momelotynibu</i> wynosi 200 mg doustnie podawana 1 raz na dobę (1 x 200 mg).</p> <p>Opakowania momelotynibu 100 mg oraz 150 mg służą wyłącznie do stosowania w przypadku konieczności redukcji dawki leku. Należy rozważyć modyfikację dawkowania w przypadku wystąpienia objawów toksyczności hematologicznej lub niehematologicznej zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poty nocne (≥ 4 pkt), - utrata masy ciała ($>10\%$ w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥ 4 pkt), - gorączka o nieznannej etiologii ($>37,5^{\circ}\text{C}$) (≥ 4 pkt), - bóle kostne (≥ 4 pkt), - świąd (≥ 4 pkt), - zmęczenie (≥ 4 pkt); <p>9) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);</p> <p>10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia <i>fedratynibem</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia amylazy, b) oznaczenie stężenia lipazy, c) oznaczenie stężenia tiaminy. <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. ruksolitynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF oraz u chorych na PV</p> <p>1) badania wykonywane co 2-4 tygodnie, aż do czasu ustabilizowania dawki <i>ruksolitynibu</i>, (a w przypadku pacjentów z niewydolnością wątroby badania wykonuje się co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby), po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:</p>
---	---	---

<p>b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) albo</p> <p>c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF)</p> <p>- zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) oraz IWG-MRT (do rozpoznania wymagany jest wynik badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku);</p> <p>2) pacjenci z grupy ryzyka:</p> <p>a) pośredniego – 1 (jedynie w przypadku kwalifikacji do leczenia <i>mometynibem</i>) albo</p> <p>b) pośredniego – 2 albo</p> <p>c) wysokiego</p> <p>- wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System) dla pacjentów z noworozpoznaną PMF lub wg DIPSS (Dynamic International Prognostic Scoring System);</p> <p>3) liczba płytek krwi >50 tysięcy/μl;</p> <p>4) splenomegalia (powiększenie śledziony w badaniu ultrasonograficznym) lub wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS:</p> <p>a) poty nocne (≥ 4 pkt),</p> <p>b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥ 4 pkt),</p> <p>c) gorączka o nieznannej etiologii (>37,5°C) (≥ 4 pkt),</p>	<p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi.</p> <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p>2.2. fedratynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF</p> <p>1) badania wykonywane co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia amylazy,</p> <p>f) oznaczenie stężenia lipazy,</p> <p>2) badanie do decyzji lekarza (zarówno konieczność jak i częstotliwość wykonania badania) – oznaczenie stężenia tiaminy.</p> <p>Dopuszczalne jest także częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p>
--	--	--

- d) bóle kostne (≥ 4 pkt),
 - e) świąd (≥ 4 pkt),
 - f) zmęczenie (≥ 4 pkt);
- 5) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia:
- a) *ruksolitynibem* – brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej,
 - b) *fedratynibem* - brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem *ruksolitynibu*,
 - c) momelotynibem:
 - i. brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem *ruksolitynibu* lub *fedratynibu*,
 - oraz
 - ii. rozpoznanie umiarkowanej lub ciężkiej anemii (zdefiniowanej jako stężenie hemoglobiny < 10 g/dl).

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem chorych na PV

- 1) rozpoznanie czerwienicy prawdziwej (PV) zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia);
- 2) wykazanie oporności lub nietolerancji na leczenie *hydroksymocznikiem* według aktualnych kryteriów European LeukemiaNet u chorych z grupy wysokiego ryzyka.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia

2.3. momelotynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF

- 1) badania wykonywane co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:
 - a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia),
 - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
 - d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

Dopuszczalne jest także częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

3.1. w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF

- 1) badania wykonywane po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:
 - a) oceny wielkości śledziona,
 - b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:
 - poty nocne (≥ 4 pkt),
 - utrata masy ciała ($> 10\%$ w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥ 4 pkt),
 - gorączka o nieznannej etiologii ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) (≥ 4 pkt),
 - bóle kostne (≥ 4 pkt),
 - świąd (≥ 4 pkt),

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby według aktualnych rekomendacji, w tym transformacja do mielofibrozy (w przypadku PV), zespołów mielodysplastycznych lub ostrej białaczki, niezależnie od czasu jej wystąpienia;
- 2) brak lub utrata odpowiedzi na leczenie rozumiane jako:
 - a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:
 - brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziona – po 3 miesiącach leczenia (dotyczy jedynie pacjentów nieleczonych wcześniej inhibitorami kinazy janusowej, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego),
 - lub
 - brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej śledziona, o co najmniej 25% długości jej wyjściowego powiększenia obserwowanego w momencie kwalifikacji – po 6 miesiącach leczenia (dotyczy pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego),
- lub

– zmęczenie (≥ 4 pkt);

- 2) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdym kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziona (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona).

3.2. w przypadku PV

- 1) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdym kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziona (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona).

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

– pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po:

i. 3 miesiącach leczenia

lub

ii. 6 miesiącach leczenia

lub

iii. każdego kolejnych 6 miesiącach leczenia,

b) w przypadku chorych na PV – brak korzyści klinicznej po co najmniej 6 miesiącach leczenia (np. trwałej stabilizacji hematokrytu < 45% i konieczności wykonywania krwiupustów lub trwałej normalizacji liczby krwinek białych <10 G/l lub płytek krwi \leq 400 G/l lub ustąpienie objawów związanych z PV lub zmniejszenie albo normalizacja wymiarów śledziony i wątroby (jeśli wyjściowo były powiększone);

3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;

5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

6) okres ciąży lub karmienia piersią;

7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

a) w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:

– całkowita remisja (CR),

– częściowa remisja (PR),

– poprawa kliniczna (CI),

– stabilizacja choroby (SD),

– odpowiedź w zakresie niedokrwistości,

– odpowiedź śledziona,

– odpowiedź w zakresie objawów ogólnych,

– progresja choroby (PD),

b) w przypadku PV:

– całkowita remisja (CR),

– częściowa remisja (PR),

– brak odpowiedzi (NR),

– progresja choroby (PD),

c) przeżycie wolne od progresji choroby (PFS),

d) przeżycie całkowite (OS);

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

<p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania danego inhibitora JAK2 u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie na inny inhibitor JAK2 w ramach programu lekowego. Przy zmianie inhibitora na momelotynib musi być zachowane kryterium obecności umiarkowanej lub ciężkiej anemii (zdefiniowanej jako stężenie hemoglobiny <10 g/dl).</p>		
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA ZZSK (ICD-10: M46.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>certolizumabem pegol</i>, 2) <i>etanerceptem</i>, 3) <i>iksekizumabem</i>, 4) <i>sekukinumabem</i>, 5) <i>upadacytynibem</i>, 6) <i>bimekizumabem</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesiące i pojawieniem się objawów przed 45. r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1) certolizumab pegol</p> <ol style="list-style-type: none"> a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 400 mg (podana jako 2 podskórne wstrzyknięcia po 200 mg każde) w tygodniach 0., 2. i 4; b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 200 mg co 2 tygodnie lub 400 mg co 4 tygodnie. <p>2) etanercept</p> <ol style="list-style-type: none"> a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 25 mg dwa razy w tygodniu lub 50 mg raz w tygodniu. <p>3) iksekizumab</p> <ol style="list-style-type: none"> a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 160 mg (dwa wstrzyknięcia po 80 mg) we wstrzyknięciach podskórnych w tygodniu 0, 	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;

stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych z rozpoznaniem spondyloartropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS

oraz

z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie:

a) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce,

b) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby:

– sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej,

– metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej, przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów,

c) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów;

lub

2) pacjenci z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie chorych z spondyloartropatią (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD – 10 M46.8)”, u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma

b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 80 mg co 4 tygodnie.

4) sekukinumab

a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg we wstrzyknięciu podskórnym w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4.;

b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg co miesiąc.

5) upadacyny b

a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 15 mg raz na dobę.

6) bimekizumab

a) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka dla dorosłych wynosi 160 mg (podawana jako jedno podskórne wstrzyknięcie) co cztery tygodnie.

2. Modyfikacja dawkowania

Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.

U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol

11) obecność antygenu HBs;

12) przeciwciała anty-Hbc;

13) przeciwciała anty-HCV;

14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);

15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram)- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacyny b;

16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);

17) EKG z opisem;

18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych;

19) MR stawów krzyżowo-biodrowych.

2. Monitorowanie leczenia

Po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacyny b morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;

2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

<p>inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego;</p> <p>3) aktywną postać choroby w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:</p> <p>a) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS $\geq 2,1$ w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,</p> <p>b) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,</p> <p>c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się:</p> <ul style="list-style-type: none"> – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, – współistnienie zapalenia przyczepów ścięgniastych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia, <p>oraz ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS;</p> <p>4) aktywną postać choroby w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych lub przyczepów ścięgniastych stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:</p>	<p>lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu lub upadacytynibu lub bimekizumabu, łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.</p> <p>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywaniu się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowaniem leczenia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem;</p> <p>8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA.</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 1 miesiąc):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
---	---	--

<p>a) liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</p> <p>oraz</p> <p>b) liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) – co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</p> <p>oraz</p> <p>c) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>d) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>e) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi – więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się:</p> <ul style="list-style-type: none"> – obraz kliniczny choroby, – czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, – wyniki badania wskaźników ostrej fazy, – wyniki badań obrazowych, – status aktywności zawodowej, – występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, 		<p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytnibem;</p> <p>8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności</p>
---	--	--

– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgniastych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia;

- 5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;
- 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;
- 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);
- 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje

<p>1) w przypadku postaci osiowej:</p> <ul style="list-style-type: none">a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$; <p>2) w przypadku postaci obwodowej:</p> <ul style="list-style-type: none">a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza. <p>3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną</p> <p>1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:</p> <ul style="list-style-type: none">a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lubb) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub		<p>przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;

2) w ramach programu lekowego dotyczącego leczenia nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i upadacytynibu, w tym dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz trzech inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab, bimekizumab);

3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;

4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.

4. Czas leczenia w programie

1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;

2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1)b) lub 2)b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (\pm 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.

5. Kryteria wyłączenia z programu

1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.;

- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 2. stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

6. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;
- 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

LECZENIE PACJENTÓW Z GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10: C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.5, C25.6, C25.7, C25.8, C25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) rozpoznanie gruczolaka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie:</p> <p>a) u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny</p> <p>lub</p> <p>b) u chorych w stadium miejscowego zaawansowania nie kwalifikujących się do leczenia radykalnego, ale poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny (wymagana jest konsultacja chirurgiczna o możliwości leczenia radykalnego przed oraz po chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyn);</p> <p>2) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1/BRCA2 potwierdzone w badaniu NGS (<i>Next Generation Sequencing</i>) - jeśli badanie u pacjenta zostało wykonane wcześniej, możliwe jest wykorzystanie badania wykonanego inną metodą niż NGS;</p> <p>3) odpowiedź całkowita (CR), częściowa (PR) lub stabilizacja choroby (SD) po chemioterapii zawierającej pochodne platyny</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w postaci tabletek.</p> <p>Rozpoczęcie leczenia olaparybem - do 8 tygodni od ostatniej dawki chemioterapii zawierającej związku platyny.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) badanie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI) jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych. Badanie należy wykonać po zakończeniu chemioterapii;</p> <p>2) badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) oznaczenie w surowicy stężenia:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny;</p> <p>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</p> <p>6) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny;</p>

zastosowanej jako pierwsza linia leczenia paliatywnego. Pacjenci powinni otrzymywać co najmniej 16 tygodni terapii opartej na związkach platyny i pozostać bez oznak progresji choroby do momentu włączenia olaparybu;

- 4) ECOG 0-1;
- 5) wiek 18 lat lub powyżej;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 7) brak przeciwwskazań do terapii zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, za wyjątkiem badań klinicznych, których leczenie było prowadzone w ramach innych sposobów finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów wyłączenia.

Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego i dopuszczalne jest na okres maksymalnie 28 dni.

3. Kryteria wyłączenia

Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- 3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
- 4) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się co miesiąc.

3. Monitorowanie skuteczności

- 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;
- 2) RTG klatki piersiowej, jeśli nie była wykonana TK/ RMI (zgodnie z pkt. 1);
- 3) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:

- a) przed upływem 4 miesięcy terapii od dnia jej rozpoczęcia u wszystkich zakwalifikowanych do programu lub wcześniej w przypadku wskazań klinicznych,
- b) następnie w zależności od wskazań klinicznych, nie rzadziej niż co 3 miesiące; z możliwością dwutygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadku uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia.

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

<ol style="list-style-type: none">1) progresja choroby wg aktualnych kryteriów RECIST;2) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC;3) istotne i długotrwałe pogorszenie jakości życia lub stanu sprawności ogólnej w stosunku do wartości wyjściowych.		<ol style="list-style-type: none">2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONYMI ZESPOŁAMI AUTOZAPALNYMI (ICD-10: E85, R50.9, D89.8, D89.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o analizę dokumentacji nadesłanej przez świadczeniodawcę.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</p> <p>Wrodzone zespoły autozapalne:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: <ul style="list-style-type: none"> – noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórnio-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome), – zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome), – zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Badania obowiązkowe</p> <ul style="list-style-type: none"> a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna, b) morfologia krwi pełna z rozmazem, c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen, d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) albuminy, proteinogram, g) ocena ciśnienia tętniczego, h) badanie ogólne moczu, i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV, j) RTG klatki piersiowej, k) USG jamy brzusznej. <p>1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego</p> <ul style="list-style-type: none"> a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,

- b) inne wrodzone zespoły autozapalne:
 - TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1,
 - FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny;
- c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1:
 - zespół Schnitzler;
- d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego Sekcja Chorób Autozapalnych i Wrodzonego Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Zakończenie leczenia w programie

Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d:

- a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę;
- b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia;
- c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich - Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego;

- b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN),
- c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka),
- d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca,
- e) konsultacja stomatologiczna,
- f) DZM na białko.

2. Monitorowanie leczenia

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy (lub w pierwszych 3 miesiącach w przypadku wątpliwości co do skuteczności terapii) od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.

Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii.

2.1. Badania obowiązkowe

Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach a-g należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych:

- a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA),
- b) morfologia krwi pełna z rozmazem,
- c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen,
- d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,

d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.

- e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny,
- f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu,
- g) ocena ciśnienia tętniczego.

2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarazadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego

Badania kontrolne wymienione poniżej należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzonych u pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia:

- a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,
- b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN),
- c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka).

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu</i>		
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wiek powyżej 18. roku życia; 2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; 3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca; 4) FVC powyżej 50% wartości należnej; 5) DLco powyżej 30%; <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie w programie prowadzone jest do czasu spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Spirometria; 2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco); 3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości); 4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ; 5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria; 6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy; 7) Klirens kreatyniny endogennej; 8) Morfologia krwi. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; <ol style="list-style-type: none"> a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;

<p>3. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Progresa choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie 		<ol style="list-style-type: none"> 2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: <ol style="list-style-type: none"> a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące; 4) Morfologia krwi co 6 miesięcy. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
<p><i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu</i></p>		
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> a) wiek \geq 18 lat; b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy; 2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;

- c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;
- d) FVC \geq 50% wartości należnej;
- e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%;
- f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.:
 - a. nadwrażliwość na lek,
 - b. ciąża,
 - c. karmienie piersią,
 - d. inne przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia.
- 2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze;
- 3) ciąża lub karmienie piersią;
- 4) przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;
- 5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów

- 3) badanie spirometryczne;
- 4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO}
- 5) morfologia krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego;
- 7) 12-odprowadzeniowe EKG.

2. Monitorowanie leczenia

- 1) badanie spirometryczne co 6 m-cy;
- 2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy;
- 3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} co 6 m-cy;
- 4) morfologia krwi co 6 miesięcy,
- 5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie;
- 6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

<p>toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY (ICD-10: C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się dwie linie leczenia zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry (BCC) substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wismodegib; 2) cemiplimab. <p>W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie pacjentów z zastosowaniem inhibitora szlaku Hedgehog (wismodegib), u których stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwwskazania do radioterapii. <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p>	<p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p> <p>1. Wismodegib</p> <p>Zalecana dawka wismodegibu wynosi 150 mg, przyjmowana raz na dobę.</p> <p>2. Cemiplimab</p> <p>Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami; 2) potwierdzenie patomorfologiczne progresji tylko w przypadku, gdy dotyczy ona pojawienia się innych – niż stwierdzone wcześniej – ognisk nowotworu - dotyczy terapii cemiplimabem; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 9) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 10) oznaczenie TSH, FT4 – dotyczy terapii cemiplimabem; 11) test na HIV, HCV, HBV – dotyczy terapii cemiplimabem; 12) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);

1) leczenie pacjentów z zastosowaniem immunoterapii (cemiplimab), u których stwierdzono progresję choroby lub nietolerancję w trakcie terapii inhibitorem szlaku Hedgehog.

1. Kryteria kwalifikacji

- 1) rak podstawnocomórkowy skóry z przerzutami odległymi lub miejscowo zaawansowany u pacjentów, u których nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako:
 - a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub
 - b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym;
- 2) histopatologiczne potwierdzenie przerzutów odległych jako ognisk raka podstawnocomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnocomórkowego;
- 3) wiek ≥ 18 roku życia;
- 4) stan sprawności 0-2 wg ECOG;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);
- 6) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;
- 7) przestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej ChPL przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną ChPL;

13) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);

14) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych;

15) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
- 3) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 5) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 8) oznaczenie TSH i FT4 -dotyczy terapii cemiplimabem;
- 9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);
- 10) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 1) pierwsze badanie do końca 6 tygodnia od rozpoczęcia leczenia, następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni – przed decyzją o kontynuowaniu leczenia – w przypadku terapii wismodegibem;

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO);
- 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;
- 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
- 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;

2) przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9-12 tygodni (3 cykle) – w przypadku terapii cemiplimabem.

3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia

- 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);
- 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru (w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST);
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- a) nie rzadziej niż co 8 tyg. w przypadku terapii wismodegibem;
 - b) nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) w przypadku terapii cemiplimabem
- oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO).

W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji

- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:
 - a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),
 - b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),
 - c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).

pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10: G.20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) apomorfina 2) foslewodopa + foskarbidopa 3) lewodopa + karbidopa <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie choroby Parkinsona w oparciu o aktualne <i>MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease</i>; 2) czas trwania choroby ≥ 5 lat; 3) wcześniejsze leczenie: <ol style="list-style-type: none"> a) w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopą + karbidopą albo foslewodopą + foskarbidopą: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny albo foslewodopy + foskarbidopy albo lewodopy + karbidopy należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie <i>off</i> lub <i>w stanie on</i> z uciążliwymi dyskinezami), udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni; 2) test z odstawieniem lewodopy z wykonaniem III części MDS UPDRS; 3) ocena neuropsychologiczna: <ol style="list-style-type: none"> a) psychometryczna ocena nastroju (metoda pierwszego wyboru: Inwentarz Depresji Becka (aktualne wydanie), w razie braku możliwości wiarygodnej samooceny stanu emocjonalnego z uwagi na nasilenie zaburzeń poznawczych – ocena na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego przeprowadzanego przez klinicystę (lekarza prowadzącego lub psychologa) z wykorzystaniem skali Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS, b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination-III), w przypadku uzasadnionego podejrzenia otępienia w stadium umiarkowanym (wynik ACE-III <61) pogłębiona diagnostyka; 4) morfologia krwi z rozmazem;

najmniej 3 lekami lub nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków (w ocenie neurologa posiadającego doświadczenie w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona),

b) w przypadku kwalifikacji do leczenia apomorfina dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona;

4) łączny czas trwania stanów *off* ≥ 2 godziny, oraz czas trwania stanów *on* z obecnością uciążliwych dyskinez szczytu dawki ≥ 1 godzina, udokumentowanych w dzienniczku Hausera przez 3 kolejne dni;

5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem *off* i stanem *on* wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia);

6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy;

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);

8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

9) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, foslewodopy+foskarbidopy albo lewodopy+karbidopy zgodnie z aktualnymi ChPL.

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);

6) badanie układu krzepnięcia;

7) badanie obrazowe mózgowia (MRI lub jeśli są przeciwwskazania TK);

8) badanie EKG z oceną odstępu QT;

9) kwalifikacja przez chirurga lub gastroenterologa do PEG (w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopa+ karbidopa).

2. Monitorowanie leczenia

1) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia należy wykonać:

a) morfologię krwi z rozmazem,

b) AspAT, AlAT,

c) badanie EKG z oceną odstępu QT (w przypadku terapii apomorfina);

oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie *off* lub w stanie *on* z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni.

Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdym kolejnych 12 miesiącach (± 1 miesiąc).

2) nie rzadziej niż raz na 4 miesiące wykonuje się wizytę neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą m.in. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia;

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty neurologicznej oraz pielęgniarskiej w programie w formie zdalnej konsultacji o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i

W ciągu pierwszych 6 miesięcy (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie *off* lub *stanie on* z uciążliwymi dyskinezami.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) w przypadku zastosowania lewodopy+karbidopy, brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy+karbidopy, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądaną efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie *off* lub w stanie *on* z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku;
- 2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2;
- 3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących, pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku;
- 4) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG (w przypadku terapii lewodopa+karbidopa);
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;
- 7) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;
- 8) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie upoważnionej przez pacjenta w ilości niezbędnej do zabezpieczenia terapii do kolejnej wizyty neurologicznej (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

- 3) nie częściej niż raz na 12 miesięcy wykonuje się w zależności od decyzji lekarza prowadzącego następujące konsultacje:
 - a) gastroenterologiczną lub chirurgiczną (w przypadku terapii lewodopa+ karbidopa);
 - b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfiną lub foslewodopa+foskarbidopa).

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- adekwatna odpowiedź na leczenie (def: redukcja o co najmniej 30% czasu łącznie spędzanego w stanie *off* lub w stanie *on* z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia).

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia;

10) brak możliwości zapewnienia codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna lub brak współpracy pacjenta z opiekunem w zakresie obsługi pompy.

4. Czas leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.

5. Kryteria i warunki zamiany terapii

Zmiana leczenia dotyczy zmiany z terapii:

- a) apomorfina na foslewodopę+foskarbidopę;
- b) apomorfina na lewodopę+karbidopę;
- c) foslewodopę+foskarbidopę na apomorfina;
- d) foslewodopę+foskarbidopę na lewodopa+karbidopę;
- e) lewodopa+karbidopę na apomorfina;
- f) lewodopa+karbidopę na foslewodopę+foskarbidopę

Zmiana jest możliwa w następujących sytuacjach:

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii;

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta;

Kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona.

LECZENIE CHORYCH Z ATYPOWYM ZESPOŁEM HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWYM (aHUS) (ICD-10: D59.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>ekulizumabem</i>,</p> <p>2) <i>rawulizumabem</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Do leczenia ekulizumabem lub leczenia dorosłych, młodzieży lub dzieci o masie ciała ≥ 10 kg rawulizumabem nie leczonych wcześniej ekulizumabem, kwalifikowani są pacjenci z rozpoznaniem atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym i spełniający łącznie poniższe warunki:</p> <p>1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej:</p> <p>a) spełnienie jednego z kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek $<150 \times 10^9/L$ lub $> 25\%$ spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie ekulizumabu i rawulizumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta</p> <p>a) dawka początkowa maksymalna to podanie 900 mg, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie,</p> <p>b) dawka podtrzymująca maksymalna to podanie 1200 mg w piątym tygodniu, a następnie dawka 1200 mg co 14 ± 2 dni.</p> <p>2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta</p> <p>a) dawka nasycająca maksymalna to podanie 3000 mg,</p> <p>b) dawka podtrzymująca maksymalna podana 2 tygodnie po dawce nasycającej to podanie 3600 mg co 8 tygodni.</p> <p>Wydłużenie czasu między dawkami możliwe na podstawie uchwały Zespołu Koordynacyjnego</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych nie leczonych wcześniej ekulizumabem</p> <p>1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR oraz u dorosłych z PLASMIC Score ≤ 5 (PS ≤ 5) można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania;</p> <p>2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby;</p> <p>3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);</p> <p>5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty;</p> <p>6) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>7) badanie ogólne moczu;</p> <p>8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;</p> <p>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT);</p> <p>10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</p> <p>11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</p>

<p>krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna,</p> <p>lub</p> <p>– biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową,</p> <p>oraz</p> <p>b) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:</p> <p>– zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górną granicą normy dla wieku,</p> <p>lub</p> <p>– hemodializa,</p> <p>lub</p> <p>– białkomocz/ albuminuria,</p> <p>lub</p> <p>– powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne;</p> <p>lub</p> <p>2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza;</p> <p>3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepienia nerki;</p> <p>U ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są:</p> <p>4) wyniki badań:</p> <p>a) aktywność ADAMTS-13 >5%,</p> <p>b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;</p>	<p>pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia przy pomocy oznaczenia CH50.</p>	<p>12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</p> <p>13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</p> <p>14) w przypadku występowania u pacjentów:</p> <p>a) objawów neurologicznych</p> <p>– rezonans magnetyczny z angiografią,</p> <p>lub</p> <p>– tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego,</p> <p>b) objawów ze strony układu pokarmowego:</p> <p>– amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej,</p> <p>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:</p> <p>– troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub</p> <p>– cewnikowanie serca.</p> <p>1.2. Rawulizumabem u chorych leczonych uprzednio ekulizumabem</p> <p>1) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>2) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);</p> <p>3) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;</p> <p>4) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</p> <p>5) w przypadku występowania u pacjentów:</p> <p>a) objawów neurologicznych</p> <p>– rezonans magnetyczny z angiografią,</p>
--	---	--

5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa

a) po szczepieniu pacjenci powinni być ściśle monitorowani pod kątem objawów chorobowych, gdyż szczepienie może powodować dalszą aktywację dopełniacza,

b) profilaktyka antybiotykowa powinna u tych pacjentów być prowadzona przez 14 dni od zaszczepienia pacjenta;

6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;

8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

9) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

lub

– tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego;

b) objawów ze strony układu pokarmowego:

– amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej,

c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:

– troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub

– cewnikowanie serca.

2. Monitorowanie leczenia Monitorowanie terapii ekulizumabem

1) w czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL);

2) począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci <10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni);

3) po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni;

4) po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 3 miesiące;

5) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antiH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące;

1.2. do leczenia rawulizumabem kwalifikowani są pacjenci leczeni wcześniej ekulizumabem i spełniający łącznie poniższe warunki:

- 1) atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy rozpoznany u pacjenta dorosłego, młodzieży lub dziecka o masie ciała ≥ 10 kg;
- 2) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 3 poprzednie miesiące, w trakcie których nastąpiła udokumentowana odpowiedź na stosowane leczenie;
- 3) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 4) jeśli u pacjenta dokonywana jest zamiana leczenia z ekulizumabu, lekarz powinien sprawdzić aktualność szczepienia przeciwko meningokokom według krajowych wytycznych w zakresie stosowania szczepionek;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu

oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdym kolejnych 3 miesiącach (± 1 miesiąc).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

2.2. Monitorowanie terapii rawulizumabem

- 1) pierwsze 2 tygodnie leczenia – tj. podanie dawki nasycającej i pierwsze podanie dawki podtrzymującej monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1., przed każdą infuzją;
- 2) począwszy od 10 tygodnia – tj. podania drugiej dawki leczenia podtrzymującego monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1 przed każdą infuzją (co 8 tygodni). W przypadku dzieci z masą ciała pomiędzy 10 kg a 20 kg, począwszy od 6 tygodnia, wykonanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją tj. co 4 tygodnie;
- 3) po upływie 26 tygodni od rozpoczęcia terapii monitorowanie leczenia opisane jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 24 tygodnie;
- 4) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 24 tygodnie;

świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;

- 2) w pierwszym roku leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po kolejnych 6 miesiącach z uzupełnieniem badań genetycznych, a w kolejnych latach co 12 miesięcy;
 - a) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby,
 - b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu lub rawulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych;
- 3) lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku u kobiet ciężarnych lub karmiących piersią, zgodnie z ChPL, jeżeli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne – lekarz prowadzący informuje Zespół Koordynacyjny o czasowym zawieszeniu oraz o ewentualnym wznowieniu leczenia;
- 4) chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej;
- 5) chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów kwalifikacji punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu lub rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.

oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach .

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania skuteczności leczenia, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie w trakcie czasowego przerwania leczenia

W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc):

- 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia);
- 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny i liczby płytek krwi.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem poprzez utrzymywanie się objawów klinicznych lub laboratoryjnych będących podstawą zakwalifikowania pacjenta do leczenia (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia);
- 2) w przypadku leczenia rawulizumabem pacjenci o masie ciała < 10 kg;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE CHORYCH Z NOCNA NAPADOWA HEMOGLOBINURIA (PNH) (ICD-10 D59.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>ekulizumabem</i>, 2) <i>rawulizumabem</i>, 3) <i>krowalimabem</i>, 4) <i>pegcetakoplanem</i>, 5) <i>danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem</i>, 6) <i>iptakopanem</i>, <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii, dalej jako „Zespół Koordynacyjny”, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Ekulizumab, rawulizumab, krowalimab, pegcetakoplan, danikopan oraz iptakopan należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Wydłużenie czasu między dawkami lub przerwanie podawania możliwe na podstawie decyzji Zespołu Koordynacyjnego pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, <ol style="list-style-type: none"> a) dawka początkowa maksymalna to 600 mg w infuzji dożylniej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to 900 mg w infuzji dożylniej w piątym tygodniu, a następnie dawka 900 mg w infuzji dożylniej co 14 ± 2 dni. 2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, 	<p>1. Leczenie ekulizumabem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA); 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 15) stężenie sodu w surowicy krwi; 16) stężenie potasu w surowicy krwi;

<p>1. Leczenie ekulizumabem</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:</p> <p>a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) $\geq 1,5$ przekraczająca górną granicę normy (GGN), • co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: <ul style="list-style-type: none"> – niewydolność nerek, – nadciśnienie płucne, – znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność; <p>b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, • zator tętnicy płucnej, • zdarzenia mózgowo-naczyniowe, • amputacja, • zawał mięśnia sercowego, • napad przemijającego niedokrwienia, • niestabilna dławica piersiowa, • zakrzepica żyły nerkowej, 	<p>a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylniej,</p> <p>b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylniej. Pierwszą dawkę podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylniej co 8 tygodni.</p> <p>3) krowalimab – podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <p>a) jedna dawka nasycająca podawana w infuzji dożylniej (w dniu 1., następnie cztery dodatkowe dawki nasycające podawane co tydzień we wstrzyknięciu podskórnym (w dniu 2., 8., 15. i 22.),</p> <p>b) pierwsza dawka podtrzymująca (w dniu 29.), a kolejne co 4 tygodnie we wstrzyknięciu podskórnym,</p> <p>c) pacjentom, którzy zmieniają leczenie z uprzednio stosowanego inhibitora C5 na krowalimab, pierwszą dożylną dawkę nasycającą krowalimabu należy podać w terminie kolejnego zaplanowanego podania uprzednio stosowanego inhibitora C5. Kolejne podskórne dawki nasycające i dawki podtrzymujące krowalimabu są podawane zgodnie ze schematem przedstawionym w powyższych podpunktach a) oraz b).</p> <p>4) pegcetakoplan</p> <p>a) dawka 1080 mg podawana w infuzji podskórnej dwa razy na tydzień,</p>	<p>17) badanie ogólne moczu;</p> <p>18) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;</p> <p>19) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).</p> <p>1.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, d) stężenie mocznika w surowicy krwi, e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; <p>2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; <p>3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, b) stężenie mocznika w surowicy krwi, c) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), d) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; <p>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:</p>
---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • zakrzepica żył krezkowych, • zakrzepica żyły wrotnej, • zgorzel, • ostre zamknięcia naczyń obwodowych; <p>2) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa;</p> <p>3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</p>	<p>b) pacjentom, którzy zmieniają leczenie inhibitorem C5 na pegcetakoplan należy przez pierwsze 4 tygodnie podawać pegcetakoplan dwa razy na tydzień w infuzji podskórnej w dawce 1080 mg dodatkowo do aktualnie przyjmowanej dawki inhibitora C5 w celu zminimalizowania ryzyka hemolizy po nagłym przerwaniu leczenia. Po 4 tygodniach należy przerwać stosowanie inhibitora C5, a następnie kontynuować przyjmowanie pegcetakoplanu w takiej samej dawce.</p> <p>5) danikopan w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem</p> <p>a) danikopan - zalecana dawka początkowa to 150 mg trzy razy na dobę, podawane doustnie w odstępie ok 8 godzin (+/- 2 godziny). W zależności od odpowiedzi klinicznej dawkę można zwiększyć do 200 mg 3 razy na dobę,</p> <p>b) ekulizumab - dawkowanie jak powyżej i zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <p>c) rawulizumab – dawkowanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Pacjent otrzymuje danikopan dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p> <p>6) iptakopan</p> <p>a) dawka 200 mg, podawana dwa razy na dobę, doustnie;</p> <p>b) lek wydawany jest do podania domowego; pacjent odbywa w ośrodku wizyty monitorujące (z wynikami</p>	<p>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,</p> <p>b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>2. Leczenie rawulizumabem</p> <p>2.1. Badania przy kwalifikacji:</p> <p>2.1.1. chorych, którzy niestosowali ekulizumabu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA);
--	---	---

<p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;</p> <p>3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.</p> <p>1.3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdym kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);</p> <p>2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);</p>	<p>badania i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.</p> <p>Pacjent otrzymuje iptakopan dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p> <p>2. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych w przypadku podań podskórnych</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty od początku leczenia w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku, w trakcie których następują pierwsze podania leku w warunkach szpitalnych, (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia). Następnie leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Wówczas możliwe jest wydawanie leku na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leku stosowanego podskórnym oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>9) oznaczenie grupy krwi;</p> <p>10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>11) stężenie mocznika w surowicy krwi;</p> <p>12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);</p> <p>13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;</p> <p>14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;</p> <p>15) stężenie sodu w surowicy krwi;</p> <p>16) stężenie potasu surowicy krwi;</p> <p>17) badanie ogólne moczu;</p> <p>18) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;</p> <p>19) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).</p> <p>2.1.2. chorych, którzy stosowali ekulizumab:</p> <p>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;</p> <p>2) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH).</p> <p>2.2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) co dwa tygodnie przez pierwsze 10 tygodni:</p> <p>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</p>
--	--	---

- 3) karmienie piersią – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;
- 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

2. Leczenie rawulizumabem

2.1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

2.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio ekulizumabem:

- 1) wiek \geq 18 lat;
- 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH $>1\%$ oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:

- d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
 - e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
 - f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 2) po 10 tygodniu, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
 - 3) po 10 tygodniu, raz na sześć miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach raz na dwa miesiące:
 - a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
 - b) stężenie mocznika w surowicy krwi,
 - c) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
 - d) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
 - 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:
 - a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,
 - b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.

Ze względu na ryzyko wystąpienia zakażenia meningokokowego/posocznicy meningokokowej (pomimo szczepień ochronnych) każdy chory przyjmujący rawulizumab powinien być monitorowany pod kątem wczesnego wykrycia objawów infekcji meningokokowej.

W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego rawulizumab należy obserwować przez co najmniej 16 tygodni.

a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):

- aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) $\geq 1,5$ przekraczająca górną granicę normy (GGN),
- co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:
 - niewydolność nerek,
 - nadciśnienie płucne lub duszność,
 - znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność,
 - hemoglobinuria,
 - bóle brzucha,
 - niedokrwistość (stężenie hemoglobiny $< 10\text{g/dL}$),
 - dysfagia,
 - zaburzenia erekcji,

b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:

- zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,
- zator tętnicy płucnej,
- zdarzenia mózgowo-naczyniowe,
- amputacja,
- zawał mięśnia sercowego,
- napad przemijającego niedokrwienia,
- niestabilna dławica piersiowa,
- zakrzepica żyły nerkowej,
- zakrzepica żył krezkowych,

Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Leczenie krowalimabem

3.1. Badania przy kwalifikacji:

3.1.1. chorych, którzy nie stosowali inhibitora C5

- 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrycznym przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;
- 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
- 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
- 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
- 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);
- 6) czas protrombinowy (PT);
- 7) fibrynogen;
- 8) bezpośredni test antyglobulinowy – BTA;
- 9) oznaczenie grupy krwi;
- 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;
- 11) stężenie mocznika w surowicy krwi;
- 12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);
- 13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;

- zakrzepica żyły wrotnej,
- zgorzel,
- ostre zamknięcia naczyń obwodowych;

3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;

4) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;

5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

2.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii ekulizumabem:

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

- 1) wiek \geq 18 lat;
- 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH $>1\%$ oznaczonego w badaniu

- 14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;
- 15) stężenie sodu w surowicy krwi;
- 16) stężenie potasu surowicy krwi;
- 17) badanie ogólne moczu;
- 18) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;
- 19) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonograf (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).

3.1.2. chorych, którzy stosowali inhibitor C5

- 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrycznym przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;
- 2) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;
- 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH).

3.2. Monitorowanie leczenia

- 1) co 2 tygodnie przez pierwsze 10 tygodni:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
 - c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
 - d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
 - e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
 - f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 2) po 10 tygodniach, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),

<p>cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do leczenia ekulizumabem;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy; 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) $\leq 1,5$ górnej granicy normy (GGN); 5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2.2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o 		<ol style="list-style-type: none"> b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) po 10 tygodniach, raz na 6 miesięcy lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: <ol style="list-style-type: none"> a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, b) stężenie mocznika w surowicy krwi, c) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT), d) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: <ol style="list-style-type: none"> a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. <p>Ze względu na ryzyko wystąpienia zakażenia meningokokowego/posocznicy meningokokowej (pomimo szczepień ochronnych) każdy chory przyjmujący krowalimab powinien być monitorowany pod kątem wczesnego wykrycia objawów infekcji meningokokowej.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego krowalimab należy obserwować przez co najmniej 20 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów</p>
--	--	--

wylączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wylączenia;

- 2) Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia rawulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;
- 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

2.3. Kryteria wylączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdym kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
- 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);
- 3) karmienie piersią;

lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Leczenie pegcetakoplanem

4.1. Badania przy kwalifikacji

- 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów;
- 2) trepanobiopsja – w wybranych sytuacjach klinicznych, jeśli jest podejrzenie aplazji szpiku lub zespołu mielodysplastycznego;
- 3) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA);
- 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
- 5) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;
- 6) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;
- 7) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);
- 8) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.

4.2. Monitorowanie leczenia

- 1) co dwa tygodnie przez pierwsze 10 tygodni:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
 - c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
 - d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
 - e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
 - f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 2) po 10 tygodniu, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:

- 4) masa ciała poniżej 40 kg;
- 5) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

3. Leczenie krowalimabem

3.1 Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

3.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio inhibitorem C5:

- 1) wiek \geq 12 lat;
- 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH $>1\%$ oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:
 - a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):

- a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
- 3) po 10 tygodniu, raz na sześć miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach raz na dwa miesiące:
- a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
 - b) stężenie mocznika w surowicy krwi,
 - c) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT),
 - d) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:
- a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,
 - b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.

W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego pegcetakoplan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.

Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

- aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥ 1.5 przekraczająca górną granicę normy (GGN),
- co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:
 - niewydolność nerek,
 - nadciśnienie płucne lub duszność,
 - znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność,
 - hemoglobinuria,
 - bóle brzucha,
 - niedokrwistość (stężenie hemoglobiny $< 10\text{g/dL}$),
 - dysfagia,
 - zaburzenia erekcji,

b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:

- zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,
- zator tętnicy płucnej,
- zdarzenia mózgowo-naczyniowe,
- amputacja,
- zawał mięśnia sercowego,
- napad przemijającego niedokrwienia,
- niestabilna dławica piersiowa,
- zakrzepica żyły nerkowej,
- zakrzepica żył krezkowych,
- zakrzepica żyły wrotnej,
- zgorzel,

5. Leczenie danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem

5.1. Badania przy kwalifikacji

- 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów;
- 2) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA);
- 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
- 4) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;
- 5) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;
- 6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);
- 7) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym.

5.2. Monitorowanie leczenia

5.2.1. danikopan w skojarzeniu z rawulizumabem

- 1) co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, a następnie w 8 tygodniu:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
 - c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
 - d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
 - e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
 - f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 2) po 8 tygodniach, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
 - c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,

● ostre zamknięcia naczyń obwodowych;

- 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;
- 4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

3.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii inhibitorem C5:

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

- 1) wiek \geq 12 lat;
- 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH $>1\%$ oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do pierwszego leczenia inhibitorem C5;

- d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
- e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
- f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

3) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:

- a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,
- b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.

W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego danikopan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.

Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

5.2.2. danikopan w skojarzeniu z ekulizumabem

- 1) co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
 - c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
 - d) stężenie mocznika w surowicy krwi,

<p>3) stosowanie inhibitora C5 przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy;</p> <p>4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) $\leq 1,5$ górnej granicy normy (GGN);</p> <p>5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw <i>Neisseria meningitidis</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;</p> <p>6) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod</p>		<p>e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</p> <p>f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>2) po 4 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <p>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>a) stężenie mocznika w surowicy krwi,</p> <p>b) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</p> <p>c) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:</p> <p>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,</p> <p>b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego danikopan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p>
---	--	---

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

3.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia krowalimabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;
- 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania krowalimabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

3.3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia

6. Leczenie iptakopanem

6.1. Badania przy kwalifikacji:

6.1.1. chorych, którzy nie stosowali inhibitora C5:

- 1) badanie erytrocytów, granulocytów oraz monocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;
- 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
- 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
- 4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
- 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);
- 6) czas protrombinowy (PT);
- 7) fibrynogen;
- 8) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA);
- 9) oznaczenie grupy krwi;
- 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;
- 11) stężenie mocznika w surowicy krwi;
- 12) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);
- 13) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;
- 14) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;
- 15) stężenie sodu w surowicy krwi;
- 16) stężenie potasu w surowicy krwi;
- 17) badanie ogólne moczu;
- 18) ocena liczby retikulocytów;
- 19) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia:

hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);

- 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);
- 3) karmienie piersią;
- 4) masa ciała poniżej 40 kg;
- 5) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

4. Leczenie pegcetakoplanem

4.1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).

6.1.2. Badania przy kwalifikacji chorych, którzy stosowali inhibitor C5:

- 1) badanie erytrocytów, granulocytów oraz monocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;
- 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem w tym ocena liczby retikulocytów;
- 3) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;
- 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH).

6.2. Monitorowanie leczenia

- 1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
 - c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
 - d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
 - e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT),
 - f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 2) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:
 - a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
 - b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
 - c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
 - d) stężenie mocznika w surowicy krwi,
 - e) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT),

<ol style="list-style-type: none"> 1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do leczenia rawulizumabem lub ekulizumabem lub krowalimabem; 2) wiek ≥ 18 lat; 3) obecność niedokrwistości w trakcie leczenia inhibitorem C5 przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów, którzy w chwili rozpoczęcia leczenia inhibitorem C5 spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego; 4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i>; 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw <i>Neisseria meningitidis</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia) oraz <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 		<ol style="list-style-type: none"> f) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym: <ol style="list-style-type: none"> a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego iptakopan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku leczenia.</p> <p>7. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników
--	--	---

8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

4.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) w przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania pegcetakoplanu, Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego;
- 3) Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia pegcetakoplanem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny;

skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

4) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania pegcetakoplanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

4.3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
- 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);
- 3) karmienie piersią;
- 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

5. Leczenie danikoplanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem

5.1. Kryteria kwalifikacji

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

- 1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej przy kwalifikacji do leczenia rawulizumabem lub ekulizumabem;
- 2) wiek ≥ 18 lat;
- 3) obecność resztkowej niedokrwistości hemolitycznej u pacjentów, którzy przez co najmniej 3 ostatnie miesiące leczenia byli rawulizumabem lub ekulizumabem;
- 4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*;
- 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw *Neisseria meningitidis* (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;

- 6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

5.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia danikopanem w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej

funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek łączący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny;

- 3) w przypadku przerwania leczenia dawkę danikopanu należy zmniejszać w ciągu 6 dni aż do całkowitego odstawienia produktu leczniczego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 4) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania danikopanu w skojarzeniu z rawulizumabem lub ekulizumabem na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

5.3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
- 2) ciąża – jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);
- 3) karmienie piersią;
- 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);

- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

6. Leczenie iptakopanem

6.1. Kryteria kwalifikacji

6.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio inhibitorem C5:

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

- 1) wiek ≥ 18 lat;
- 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH $>1\%$ oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:
 - a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):
 - aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) $\geq 1,5$ przekraczająca górną granicę normy (GGN),
 - niedokrwistość (stężenie hemoglobiny <10 g/dL);

• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:

– niewydolność nerek,

– nadciśnienie płucne,

– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;

b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:

• zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,

• zator tętnicy płucnej,

• zdarzenia mózgowo-naczyniowe,

• amputacja,

• zawał mięśnia sercowego,

• napad przemijającego niedokrwienia,

• niestabilna dławica piersiowa,

• zakrzepica żyły nerkowej,

• zakrzepica żył kręzkowych,

• zakrzepica żyły wrotnej,

• zgorzel,

• ostre zamknięcia naczyń obwodowych;

3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*; w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom, *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*, -

profilaktyka antybiotykowa do momentu zakończenia schematu szczepienia podstawowego;

- 4) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

6.1.2. Chorzy po terapii inhibitorem C5:

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:

- 1) wiek ≥ 18 lat;
- 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH $>1\%$ oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej;
- 3) obecność niedokrwistości (stężenie hemoglobiny <10 g/dL) w trakcie leczenia inhibitorem C5 (ekulizumabem lub rawulizumabem) przez co najmniej 3 ostatnie miesiące;
- 4) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae* (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia); w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw

menigokokom, *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*, - profilaktyka antybiotykowa do momentu zakończenia schematu szczepienia podstawowego;

- 5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

6.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;

- 2) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia iptakopanem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny;
- 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu Koordynacyjnego będą ponownie włączani do podawania iptakopanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

6.3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
- 2) ciąża - jeśli leczenie nie jest bezwzględnie konieczne (wymaga zgłoszenia przez lekarza prowadzącego i akceptacji przez Zespół Koordynacyjny);
- 3) karmienie piersią;
- 4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);

- | | | |
|--|--|--|
| <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> | | |
|--|--|--|

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10:D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną substancjami czynnymi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) eltrombopag; 2) romiplostym; 3) awatrombopag; 4) rytuksymab. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek ≥ 18 lat; 2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); 3) niedostateczna odpowiedź na co najmniej jedną wcześniejszą terapię farmakologiczną, w tym brak odpowiedzi na kortykosteroidy lub stwierdzenie steroidozależności lub nietolerancji kortykosteroidów; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 	<p>1. Dawkowanie eltrombopagu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zalecana dawka początkowa: 50 mg raz na dobę; 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta – sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. <p>2. Dawkowanie romiplostymu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dawka początkowa: 1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ mc. raz w tygodniu podskórnie, z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia; 2) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. <p>Po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego możliwe jest wydanie leku pacjentowi do samodzielnego podania, po odpowiednim przeszkoleniu pacjenta, o ile nie stanowi to zagrożenia dla jego zdrowia i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzenia terapii. Lek powinien być wydany w ilości każdorazowo nie większej niż</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub rytuksymabem, b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia romiplostymem, lub awatrombopagiem; 3) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA – dotyczy kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 4) oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) w surowicy krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 5) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60

- 5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń, w tym aktywnego zapalenia wątroby typu B – w przypadku kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem**;
- 6) zgoda pacjentki na stosowanie wysoce skutecznej metody zapobiegania ciąży podczas stosowania **rytuksymabu** i przez 12 miesięcy od zakończenia leczenia (w przypadku kobiet w wieku rozrodczym).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)”, którzy osiągnęli pełnoletniość, bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.

W przypadku leczenia **rytuksymabem** czas terapii trwa 4 tygodnie i jest ograniczony do jednego cyklu.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

niezbędna do zabezpieczenia 3 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 4 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

3. Dawkowanie awatrombopagu

- 1) zalecana dawka początkowa: 20 mg raz na dobę;
- 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 3) sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.

4. Dawkowanie **rytuksymabu**

- 1) zalecana dawka: 375 mg/m² we wlewie dożylnym raz w tygodniu;
- 2) czas trwania cyklu: 4 tygodnie;
- 3) 30 minut przed wlewem **rytuksymabu** należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.

lat, chorych z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;

- 6) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do leczenia **eltrombopagiem**;
- 7) elektrokardiogram (EKG) – dotyczy kwalifikacji do leczenia **rytuksymabem**;
- 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

- 1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek ($\geq 50\ 000/\mu\text{l}$ przez co najmniej 4 tygodnie):
 - a) wykonywane co 1 tydzień:
 - morfologia krwi z rozmazem;
 - b) w przypadku leczenia **eltrombopagiem** - wykonywane co 2 tygodnie:
 - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);
- 2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek:
 - a) wykonywane co 1 miesiąc:
 - morfologia krwi z rozmazem,
 - w przypadku leczenia **eltrombopagiem**: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita),
 - w przypadku leczenia **romiplostymem** lub **awatrombopagiem** parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita) –

<p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) zaburzenia czynności wątroby:</p> <p>a) wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,</p> <p>b) wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;</p> <p>5) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:</p> <p>a) będzie narastać, albo</p> <p>b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo</p> <p>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo</p> <p>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby, - <u>dotyczy wyłącznie chorych leczonych eltrombopagiem</u>;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak odpowiedzi na leczenie:</p> <p>a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), albo</p>		<p>wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem;</p> <p>3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinoowego;</p> <p>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:</p> <p>a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie: – morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) badanie okulistyczne co 12 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem.</p> <p>W przypadku pacjentów leczonych rytuksymabem obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie (morfologia krwi z rozmazem) powinna być prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie.</p> <p>W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia:</p> <p>1) R (odpowiedź): liczba płytek ≥ 30 G/l oraz co najmniej jej dwukrotne zwiększenie w stosunku do wyjściowej liczby płytek i brak krwawień;</p> <p>2) CR (całkowita odpowiedź): liczba płytek ≥ 100 G/l i brak krwawień;</p>
--	--	---

<p>b) romiplostydem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia,</p> <p>albo</p> <p>c) awatrombopagiem w dawce 40 mg raz na dobę, podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia, jeśli liczba płytek krwi nie zwiększy się do $\geq 50 \times 10^9/L$;</p> <p>8) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p>W przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania danego leku, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.</p>		<p>3) NR (brak odpowiedzi): liczba płytek $< 30 G/l$ lub niższa od dwukrotności wyjściowej liczby płytek lub obecność krwawień.</p> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez lekarza prowadzącego, który podejmuje decyzję o zmianie sposobu leczenia lub wyłączeniu pacjenta z programu lekowego.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPLYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek 1-18 lat; rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do leczenia agonistą receptora trombopoetyny (rTPO) mogą być włączani również pacjenci, którzy uzyskali niedostateczną odpowiedź lub wykazują nietolerancję na inny preparat z grupy agonistów rTPO, oraz spełniają kryteria kwalifikacji.</p> <p>1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia rytuksymabem</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek 1-18 lat; 	<p>1. Dawkowanie eltrombopagu</p> <ol style="list-style-type: none"> zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi: <ul style="list-style-type: none"> 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat, 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego; maksymalna dawka dobową wynosi 75 mg; dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. <p>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./μl.</p> <p>2. Dawkowanie romiplostymu</p> <ol style="list-style-type: none"> romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne; 	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> morfologia krwi z rozmazem białokrwińkowym i liczbą płytek; parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi: <ol style="list-style-type: none"> wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich): <ul style="list-style-type: none"> morfologia krwi z rozmazem białokrwińkowym i liczbą płytek, wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem): <ul style="list-style-type: none"> parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);

<p>2) rozpoznanie opornej na immunosupresję małopłytkowości immunologicznej (trwającej powyżej 4 miesięcy);</p> <p>3) zagrażająca życiu małopłytkowość immunologiczna z cechami krwawienia lub liczbą płytek poniżej 20 tys./μL;</p> <p>4) niedostateczna odpowiedź na leczenie kortykosteroidami, IGIV lub agonistów rTPO.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Pacjenci pozostający w leczeniu w ramach tego programu lekowego, po osiągnięciu pełnoletniości mogą być leczeni w programie lekowym „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)” bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do ww. programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.</p> <p>W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii nie powinien być dłuższy niż 4 tygodnie.</p> <p>Obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie jest prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie.</p>	<p>2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 μg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;</p> <p>3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta oraz zmiany masy ciała - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalające utrzymać liczbę płytek \geq 50 tys./μl.</p> <p>3. Dawkowanie rytuksymabu</p> <p>1) zalecana dawka: 375 mg/m² we wlewie dożylnym raz w tygodniu;</p> <p>2) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.</p>	<p>2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów:</p> <p>a) wykonywane co 1 miesiąc:</p> <ul style="list-style-type: none"> - morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, <p>b) wykonywane co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none"> - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); <p>3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi:</p> <p>a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;</p> <p>4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem;</p> <p>5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej $250 \times 10^9/l$, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej $100 \times 10^9/l$.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -</p>
---	---	---

<p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) zaburzenia czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none">- wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,- wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplosty memem; <p>3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem:</p> <p>istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:</p> <ul style="list-style-type: none">a) będzie narastać, <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none">b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none">c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none">d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; <p>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>5) brak odpowiedzi na leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none">- eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), <p>lub</p>		<p>rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

<p>– romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
---	--	--

LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Leczenie pasyreotydem</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT); 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni; 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe); 	<p>1. Leczenie pasyreotydem</p> <p>1.1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH $\geq 2,5$ µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony.</p> <p>Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni.</p> <p>1.2. Sposób podawania</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym 	<p>1. Leczenie pasyreotydem</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów); 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL)); 3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);

5) pacjenci, którzy nie byli dotychczas operowani mogą być kwalifikowani do leczenia pasyreotydem wyłącznie w sytuacji, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i nie uzyskano kontroli biochemicznej choroby po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni.

Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

1.2. Kryteria wyłączenia

- 1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
- 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
- 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) *Schematu dawkowania*;
- 4) objawowa kamica żółciowa;

wykonywanym przez fachowy personel medyczny.

- 2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym.

1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

- 1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie.
- 2) Zaburzenia czynności wątroby:
 - a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne;
 - b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana

- 6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;
- 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;
- 8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);
- 9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem

- 1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące;
- 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
- 3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4

- 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha);
- 6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;
- 7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);
- 8) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako:
 - a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l
 - lub
 - b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1
 - lub
 - c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzonym przy kwalifikacji do programu.

u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;

c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN należy monitorować stan pacjenta po przerwaniu leczenia pasyreotydem do czasu ustąpienia nieprawidłowości. Leczenia nie należy wznawiać, jeśli w ocenie lekarza nieprawidłowa czynność wątroby ma związek z pasyreotydem.

3) Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotyd u pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG.

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Dawkowanie

1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnym.

tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia;

4) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia. Ponadto należy monitorować wartość stężenia HbA1c po 3 tygodniach od zakończenia leczenia;

5) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;

6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;

7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;

8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;

9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;

10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;

11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

1.3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek powyżej 18 roku życia;
- 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);
- 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełnianego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;
- 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);

- 2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.
- 3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.
- 4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę.

2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

- 1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;
- 2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;
- 3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u

2. Leczenie pegwisomantem

2.1. Badania przy kwalifikacji

- 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;
- 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL).
- 3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;
- 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
- 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);
- 6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;
- 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;

2.2. Monitorowanie leczenia

- 1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;
- 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-

5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii;

6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol).

Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4.

W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3, 4, 6 łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pegwisomantem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

2.2. Kryteria wyłączenia

- 1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
- 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;

osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego;

- 4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.

przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;

- 3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby;
- 4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia;
- 5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;
- 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;
- 7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;
- 8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m² oraz utrata białka >3 g/1,73m²;
- 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT >5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT);
- 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce;

2.3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dorosłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>alirokumabem</i>, b) <i>ewolokumabem</i>, c) <i>inklisiranem</i>, 2) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>lomitapidem</i>, 3) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>ewolokumabem</i>, 4) dorosłym pacjentom z bardzo wysokim i ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>alirokumabem</i>, b) <i>ewolokumabem</i>, c) <i>inklisiranem</i>, 5) pediatrycznym pacjentom z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>ewolokumabem</i>, 6) pediatrycznym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <ol style="list-style-type: none"> a) <i>alirokumabem</i>. 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Alirokumab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dorośli pacjenci 150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie), 2) pediatryczni pacjenci <ol style="list-style-type: none"> a) masa ciała poniżej 50 kg 150 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie b) masa ciała 50 kg lub więcej 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie. <p>1.2. Ewolokumab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) heterozygotyczna hipercholesterolemii rodzinnej: <ol style="list-style-type: none"> a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie, 2) bardzo wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego: <ol style="list-style-type: none"> a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie, 	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie lipidogramu; 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT); 3) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dodatkowo w przypadku terapii alirokumabem, ewolokumabem, inklisiranem: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR, b) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK); 5) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem: <ol style="list-style-type: none"> a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,

zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

- 1) wiek 18 lat i powyżej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.5.;
- 2) brak hiperlipidemii wtórnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.4.;
- 3) brak homozygotycznej postaci hipercholesterolemii rodzinnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.5.;
- 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym;
- 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;
- 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia

1.2.1. dorosłych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem

- 1) potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network (rekomendowane

- a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie,
- 3) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej:
 - a) zalecana dawka początkowa to 420 mg raz w miesiącu. Po 12 tygodniach leczenia, częstość dawkowania może być stopniowo zwiększana do 420 mg raz na 2 tygodnie, jeśli nie została uzyskana odpowiedź istotna klinicznie. U pacjentów, u których wykonywana jest afereza, można rozpocząć leczenie dawką 420 mg podawaną raz na dwa tygodnie w taki sposób, aby schemat dawkowania dopasować do harmonogramu zabiegów aferezy.

1.3. Inkisiran

284 mg inkisiranu w pojedynczym wstrzyknięciu podskórnym podawanym: po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.

Dawki pominięte:

Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie krótszym niż 3 miesiące, należy podać inkisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem.

Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inkisiran

- d) oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi,
- e) oznaczanie aktywności transpeptydazy gamma - glutamylowej (GGTP),
- f) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 6) dodatkowo w przypadku terapii ewolokumabem pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:
 - a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia - na każdej wizycie;
- 2) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:
 - a) stężenie cholesterolu i trójglicerydów przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,
 - b) w pierwszym roku leczenia należy wykonywać badania czynności wątroby (przynajmniej oznaczenie AlAT i AspAT) przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,
 - c) po pierwszym roku należy wykonywać badania czynności wątroby przynajmniej

<p>wykonanie badania genetycznego z diagnostyką kaskadową członków rodziny);</p> <p>2) LDL-C > 70 mg/dl (1,8 mmol/l)</p> <p>lub</p> <p>LDL-C > 55 mg/dl (1,4 mmol/l) w przypadku współistnienia innego poważnego czynnika ryzyka tj.: nadciśnienie tętnicze, otyłość (BMI ≥ 30 kg/m² lub obwód talii ≥ 80 cm u kobiet i ≥ 94 cm u mężczyzn), lipoproteina (a) > 50 mg/dL (125 nmol/l), cukrzyca typu 2 z poważnym uszkodzeniem narządowym, przewlekła choroba nerek z eGFR < 60 ml/min/1,73 m², przebyte zabieg naczyniowy w obrębie tętnic wieńcowych, szyjnych, dogłowych i obwodowych z powodu choroby miażdżycowej,</p> <p>pomimo stosowania diety i:</p> <p>a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni).</p> <p>Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego <i>compliance</i> na podstawie realizacji recept w IKP.</p> <p>lub</p> <p>b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11pkt.);</p>	<p>należy podać po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.</p> <p>1.4. Lomitapid</p> <p>Zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg raz na dobę. Po 2 tygodniach dawkę można zwiększyć do 10 mg, zależnie od akceptowalnego poziomu bezpieczeństwa i tolerancji leku przez pacjenta, a następnie, w odstępach minimum 4 tygodni, do 20 mg, 40 mg i do maksymalnej zalecanej dawki 60 mg.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>co 3 miesiące i przed każdym zwiększeniem dawki,</p> <p>d) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby (co roku).</p> <p>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>1) badanie lipidogramu.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>W przypadku leczenia:</p> <p>a) <i>alirokumabem</i> lub <i>ewolokumabem</i> (dotyczy pacjentów dorosłych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy,</p> <p>b) <i>alirokumabem</i> lub <i>ewolokumabem</i> (dotyczy pacjentów pediatrycznych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 6 miesięcy,</p> <p>c) <i>inklisiranem</i> lub <i>lomitapidem</i> - badanie lipidogramu wykonuje się po 6 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania</p>
---	--	--

albo

- 3) pacjenci, z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewelokumabem lub alirokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.).

1.2.2. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną lomitapidem

- 1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego;
- 2) brak innych postaci hipercholesterolemii;
- 3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnienie tych kryteriów w momencie rozpoczynania leczenia LDL aferezą;
- 4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 5) kryteria kwalifikacji do leczenia LDL aferezą: LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:
 - a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni).Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego compliance na podstawie realizacji recept w IKP.

lub

- b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych

leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
 - a) zmiana stężenia LDL-C;
 - b) zmiana stężenia TC;
 - c) zmiana stężenia HDL;
 - d) zmiana stężenia trójglicerydów;
 - e) procentowy spadek liczby zabiegów LDL aferezy.
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

(PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11pkt.).

1.2.3. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem

1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego;

2) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni).

Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego compliance na podstawie realizacji recept w IKP,

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11pkt.).

albo

3) pacjenci, z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.).

1.2.4. dorosłych pacjentów

a) z **ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem**

1) LDL-C >55 mg/dl (1,4 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łącznie czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni).

Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego *compliance* na podstawie realizacji recept w IKP.

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11 pkt.).

2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miazdźcą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 60 miesięcy przed

włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym lub stanem chorobowym/ czynnikiem ryzyka:

a) wieńcowym:

– z dodatkowo przebyłym zawałem serca w wywiadzie

lub

– wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach

lub

– wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału,

lub

– po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej,

b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako:

– choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.:

i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85

lub

ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych

lub

iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej

lub

– choroba tętnic mózgowych, tj.:

i. przebyty udar mózgu niedokrwienny

lub

ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA)

lub

iii. przebyta rewaskularyzacja tętnic dogłowych,

c) inne stany chorobowe:

– cukrzyca typu 2 z poważnym uszkodzeniem narządowym definiowanym jako:

i. eGFR <45 ml/min/1,73 m² niezależnie od albuminurii

lub

ii. eGFR 45–59 ml/min/1,73 m² oraz albuminuria (UACR 30–300 mg/g; stadium A2)

lub

iii. białkomocz (UACR >300 mg/g; stadium A3)

lub

iv. obecność choroby mikronaczyniowej w przynajmniej trzech różnych miejscach, np. albuminuria (stadium A2) oraz retinopatia oraz neuropatia

lub

v. 10-letnie ryzyko sercowo-naczyniowe > 20% według kalkulatora SCORE2-Diabetes

lub

– przewlekła choroba nerek z eGFR < 60 ml/min/1,73 m²

lub

– lipoproteina (a) > 50 mg/dL (125 nmol/l)

lub

– potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network.

lub

b) z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem

1) LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach oraz statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w

skojarzeniu z ezetymibem (łączy czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni, w tym leczenia skojarzonego minimum 1 miesiąc) albo natychmiastowe stosowanie terapii statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem w pierwszym rzucie leczenia (łączy czas leczenia co najmniej 6-8 tygodni).

Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego *compliance* na podstawie realizacji recepty w IKP.

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące), w przypadku objawów mięśniowych potwierdzony wynikiem w skali SAMS (9–11 pkt.).

2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miażdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 24 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego.

1.2.5 pediatrycznych pacjentów z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem lub pediatrycznych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem

1) wiek 10 – 18 lat dla ewolokumabu lub 8-18 lat dla alirokumabu;

2) potwierdzona diagnoza hipercholesterolemii rodzinnej na podstawie wyniku: skali Dutch Lipid Clinic Network, tj. >8 punktów w przypadku heterozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HeFH) albo na podstawie badania genetycznego w przypadku homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH);

3) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) zoptymalizowanego leczenia hipolipemizującego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT) (stosowanego nie krócej niż 3 miesiące).

Konieczne jest udokumentowanie zachowania prawidłowego *compliance* na podstawie realizacji recept w IKP.

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 4.

Dla pacjentów zakwalifikowanych zgodnie z punktem 1.2.5. terapia może być kontynuowana po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia, pod warunkiem

przeniesienia leczenia do ośrodka dla dorosłych zgodnie z ppkt. 1.2.1.3. albo 1.2.3.3.

3. Zamiana leków

W przypadku wystąpienia u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, objawów niepożądanych albo okoliczności wskazanych w pkt. 4.2., albo ze względu na bezpieczeństwo pacjenta dopuszcza się możliwość zamiany leków:

- a) alirokumab lub ewolokumab na inklisiran,
- lub
- b) inklisiran na alirokumab lub ewolokumab.

Niedopuszczalna jest zamiana leków w obrębie tej samej grupy farmakoterapeutycznej, rozumiana jako zamiana leczenia alirokumabem na ewolokumab albo ewolokumabem na alirokumab.

Powyższe nie dotyczy pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku;
- 2) brak skuteczności terapii:
 - a) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem (dotyczy pacjentów dorosłych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o $< 30\%$ po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach, a w przypadku leczenia inklisiranem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o $< 30\%$ po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej:

- w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktami 1.2.1. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5., (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3),
- w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3);

b) w przypadku leczenia lomitapidem rozumiany jako:

- redukcja stężenia LDL-C o $< 40\%$, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40% , albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C (w stosunku do wartości wyjściowej określonej w momencie włączenia do programu lekowego), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą;
- redukcja stężenia LDL-C o $< 40\%$, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40% oraz zmniejszenie o mniej niż 50% liczby wymaganych zabiegów aferezy albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C oraz zmniejszenie o mniej niż 50% liczby wymaganych zabiegów aferezy (w stosunku do wartości wyjściowej określonej przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy pacjentów, u których była stosowana LDL afereza w chwili włączenia do programu lekowego;

c) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem (dotyczy pacjentów pediatrycznych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o $< 5\%$, po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdym

kolejnych 6 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej:

- w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktem 1.2.5.,
- w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii;

W przypadku pacjentów, u których przed ukończeniem 18 r.ż. nie przeprowadzono oceny skuteczności po pierwszych 3 miesiącach leczenia, ocena taka przeprowadzana jest w ośrodku dla dorosłych, a brak skuteczności leczenia rozumiany jest jako: redukcja stężenia LDL-C o $< 30\%$ po pierwszych 3 miesiącach leczenia a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej jak powyżej.

- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 4) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji i monitorowania skuteczności leczenia świadczeniobiorców w okresie pozostawania w programie, dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Program lekowy obejmuje terapie następującymi substancjami czynnymi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) onasemnogen abeparwówek; 2) nusinersen; 3) rysdyplam. <p>Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia.</p> <p>1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci przedobjawowi i objawowi z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 badani w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce lub prenatalnie w Polsce; 2) wiek do 6 miesiąca życia (<180 dni) w momencie podania leku; 	<p>1. Dawkowanie onasemnogen abeparwówek</p> <p>Dawkowanie onasemnogen abeparwówek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p> <p>2. Dawkowanie nusinersenu</p> <p>Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p> <p>W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.</p> <p>W uzasadnionych klinicznie przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwówek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie ogólnolekarskie; 2) badanie miana przeciwciał AAV9; 3) badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) liczba płytek krwi; 6) stężenie troponiny I; 7) badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1; 8) badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik; 9) ocena zdolności połykania; 10) badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND; 11) ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO; 12) określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych;

- 3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego;
- 4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku;
- 5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych;
- 6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym:
 - a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego;
 - b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych;
 - c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu;
 - d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii;
- 7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt.
- 8) brak przeciwwskazań określonych w punkcie 1.2.

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

Kryteriów opisanych w punkcie 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów leczonych nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu po ustąpieniu przeciwwskazań do terapii onasemnogen abeparwówek opisanych w punkcie 1.2. (pierwotnie pacjent nie otrzymał onasemnogen abeparwówek ze względu na wystąpienie przeciwwskazań).

Kryteriów opisanych w punkcie 1, 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów przedobjawowych i objawowych z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu

3. Dawkowanie rysdyplamu

Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).

- 13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika;
- 14) badanie poziomu hemoglobiny;
- 15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG.

1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen

- 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;
- 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;
- 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;
- 4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;
- 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram);
- 6) morfologia krwi z rozmazem;
- 7) konsultacja anestezyjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego;
- 8) konsultacja ortopedyczna – w zależności od stanu klinicznego pacjenta;
- 9) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;
- 10) test ciążowy - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.

1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam

SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 urodzonych przed 1 września 2022 r. i leczonych od momentu diagnozy nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu. W opinii lekarza prowadzącego pacjent ten ma prawidłowy stan odżywienia.

Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek, przez wzgląd na brak dowodów naukowych przedstawianych w ramach procesów refundacyjnych w Polsce, nie mogą być włączeni do leczenia SMA z wykorzystaniem nusinersenu lub rysdyplamu finansowanego w ramach niniejszego programu lekowego.

1.2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu

- 1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomagania wentylacji średnio ≥ 16 godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu;
- 2) niewydolność oddechowa od urodzenia;
- 3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg;
- 4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej;
- 5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii;
- 6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego;
- 7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na

- 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;
- 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;
- 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;
- 4) morfologia krwi z rozmazem;
- 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina);
- 6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;
- 7) konsultacja ortopedyczna - w zależności od stanu klinicznego pacjenta;
- 8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;
- 9) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii oraz przez 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki - u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek

2.1.1. Ocena skuteczności leczenia

- 1) badanie neurologiczne i w skali funkcjonalnej odpowiedniej do wieku i stanu pacjenta po podaniu leku przeprowadza się w 3, 6, 9, 12, 15, 21, 24, 27, 36, 48 miesiącu po podaniu leku;
- 2) monitorowanie leczenia przez okres 48 miesięcy od podania leku z substancją czynną onasemnogen abeparwówek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych;

prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze;

8) miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9) > 1:50 określone w teście ELISA - wynik uzyskany nie więcej niż 30 dni przed podaniem leku;

9) klinicznie istotne nieprawidłowe wartości laboratoryjne (gamma-glutamylotranspeptydaza [GGTP], ALAT i AspAT > 2 × GGN, bilirubina ≥ 2,0 mg/dl, kreatynina ≥ 1,0 mg/dl, hemoglobina [Hgb] < 8 lub > 18 g/dl; białe krwinki [WBC] > 20 000 na mm³), PLT poniżej 50 tys. w mm³ przed genową terapią zastępczą;

10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

1.3. Zakończenie leczenia w programie

Zakończenie leczenia w programie lekowym następuje w przypadku stwierdzenia przez Zespół Koordynujący braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych u pacjenta leczonego z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwovek.

Stwierdzenie braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych lekarz prowadzący musi udokumentować w SMPT. Zakończenie leczenia w programie lekowym musi zostać potwierdzone przez Zespół Koordynujący.

2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym lub pacjenci zdiagnozowani również w ramach Rządowego

3) jako brak skuteczności uznaje się:

a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako:

– inwazyjna wentylacja poprzedzona wykonaniem zabiegu tracheostomii trwająca przez co najmniej 16 godzin dziennie, w sposób ciągły przez co najmniej 14 kolejnych dni (przy braku ostrej, odwracalnej choroby i z wyjątkiem wentylacji okołoperacyjnej),

– stała wentylacja mechaniczna – należy udokumentować za pomocą 1 zdjęcia wykonanego w dniu stwierdzenia tego faktu oraz potwierdzić kodem ICD-9: 31.29 w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w systemie rozliczeniowym NFZ.

b) utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju motorycznego w okresie 48 miesięcy od podania leku.

Uzyskane kamienie milowe rozwoju motorycznego należy rozumieć jako umiejętności zgodne z definicją WHO: samodzielne siedzenie, stanie bez podparcia, chodzenie bez podparcia, zdobyte w okresie przed podaniem leku oraz w dowolnym czasie po podaniu leku, a następnie utracone przez pacjenta w wyniku progresji choroby podstawowej (SMA).

4) jako brak osiągnięcia kamieni milowych rozwoju motorycznego (dotyczy pacjentów przedobjawowych) uznaje się:

a) nieuzyskanie umiejętności siedzenia bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 12 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta.

Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce.

- 2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego;
- 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowe zaniki mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt 2.3.
- 4) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówkiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.

Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie.

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:

- 1) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę.

- b) nieuzyskanie umiejętności stania bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 20 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 23 miesiącu życia pacjenta.

2.1.2. Badania laboratoryjne

- 1) co tydzień przez pierwszy miesiąc po podaniu leku, a następnie co 2 tygodnie w drugim i trzecim miesiącu lub dłużej (do czasu powrotu parametrów do wartości początkowej):
 - a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej;
 - b) badanie liczby płytek krwi;
 - c) stężenie troponiny I;
 - d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego.

2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen

- 1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki;
- 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących;
- 3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;
- 4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;
- 5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;

Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wnioski o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający:

- 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,
- 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.

2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

2.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;
- 2) przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego;
- 3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 4) pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:

- 6) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocznik) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;
- 7) morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;
- 8) w przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki;

2.3. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam

- 1) badanie neurologiczne po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;
- 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) nie rzadziej niż co 6 miesięcy;
- 3) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby – po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;
- 4) morfologia krwi z rozmazem - po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;
- 5) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;
- 6) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;
- 7) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej w zależności od stanu pacjenta, ale nie rzadziej niż raz do roku;
- 8) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym - test ciążowy co 6 miesięcy.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

<p>a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące</p> <p>lub</p> <p>b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące;</p> <p>5) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii:</p> <p>6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</p> <p>3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam</p> <p>3.1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) pacjenci wcześniej nie leczeni w ramach niniejszego programu lekowego:</p> <p>a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3 lub</p> <p>b) z białeliczną mutacją genu SMN1 i posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2;</p> <p>2) pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach niniejszego programu lekowego:</p> <p>a) u których stwierdzono przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem,</p>		<p>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii:</p> <p>a) przeżycie (niewystąpienie zgonu),</p> <p>b) konieczności wykonania tracheostomii,</p> <p>c) konieczności stałej wentylacji,</p> <p>d) zależności od wspomagania wentylacji,</p> <p>e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych,</p> <p>f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych,</p> <p>g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku,</p> <p>h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne.</p> <p>Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta.</p> <p>Nagranie wideo powinno zostać wykonane techniką cyfrową, w jakości HD (High Density) i obejmować okres wystarczający do oceny punktów służących do oceny braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych.</p> <p>Utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju ruchowego, należy udokumentować za pomocą nagrań wideo</p>
--	--	---

lub

b) których stan neurologiczny w czasie terapii nusinersenem uległ pogorszeniu według kryteriów wyłączenia z terapii nusinersenem - punkt 2.3.4 programu lekowego B.102.FM;

lub

c) u których występują wielokrotne (dwa lub więcej) objawy niepożądane nakłucia lędźwiowego wymagające interwencji medycznej;

3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni rysdyplamem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3;

4) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego;

Kryterium 4 musi być spełnione w każdym przypadku.

W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówką, nusinersenem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej przed terapią i po jej zakończeniu.

przeprowadzonych w chwili uzyskania danego kamienia milowego oraz w momencie jego utraty z potwierdzeniem tego faktu po 3 miesiącach.

Ponadto, Świadczeniodawca zapewni dostęp Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek objętych programem lekowym, w szczególności do zdjęć lub nagrań wideo dokumentujących badania wymagane do oceny skuteczności lub oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego wymienionych w pkt 2.1.1. monitorowania leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek.

4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:

- 1) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały kryteria pozostania w programie.
- 2) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę.

Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wnioski o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający:

- 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,
- 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.

3.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta rysdyplamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

3.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:
 - a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy
 - lub
 - b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy;
- 2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregośkolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;
W takim przypadku po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni możliwa jest zmiana leczenia na nusinersen.
- 3) ciąża;
- 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO (ICD 10 E.75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</p> <p>Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3.</p> <p>Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia; 2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry'ego; 	<p>Dawkowanie agalzydazy beta</p> <p>Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylniej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p>Dawkowanie agalzydazy alfa</p> <p>Agalzydaza alfa jest podawana w dawce 0,2 mg/kg masy ciała, co drugi tydzień, we wlewach dożylnych trwających około 40 minut. Podawanie preparatu agalzydazy alfa prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p>Dawkowanie migalastatu</p> <p>Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Poziom globotriaosylofingozyny (lyso-Gb3); 2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji); 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Wysokość i masa ciała; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina; 6) USG jamy brzusznej z oceną nerek; 7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej; 8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 9) Rezonans magnetyczny mózgu;

3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem:

a) u mężczyzn: badania biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie - norma wyniku musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, w osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA;

b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA;

4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz $GFR \geq 30$ ml/min/1,73 m²;

Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu.

Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z

10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy);

11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu;

12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);

13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);

14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).

2. Monitorowanie leczenia

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:

- 1) Wysokość i masa ciała;
- 2) Morfologia krwi z rozmazem;
- 3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego

programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii.

3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem

- 1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat);
- 2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu;
- 3) Jednoczesowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu;
- 4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;
- 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu;
- 7) GFR < 30 ml/min/1,73m² - dotyczy migalastatu;
- 8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby;
- 9) Ciąża lub laktacja;

(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram;

- 4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach);
- 5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;
- 6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba);
- 7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego
(w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku;
- 8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu;
- 9) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3);
- 10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach);
- 11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);
- 12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);

- 10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii;
- 11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN;
- 12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu;
- 13) Końcowe stadium choroby Fabry'ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem

- 1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych;
- 3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzenem lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;
- 4) Ciąża lub laktacja;
- 5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia;
- 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.

- 13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).

3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE CHORYCH NA ZAPALENIE BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) (ICD-10: H20.0, H30.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W programie finansuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) systemowe leczenie immunologiczne – <i>adalimumabem</i>; 2) leczenie miejscowe – <i>deksametazonem w postaci implantu doszkliskowego</i>. <p>Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w <i>standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standardization of Uveitis Nomenclature)</i>.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzenie niezakaźnego przewlekłego, przetrwałego lub nawrotowego zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>1.1. Dawkowanie adalimumabu</p> <p>80 mg początkowo, podskórnie.</p> <p>Następnie, po tygodniu od dawki początkowej, 40 mg podskórnie co dwa tygodnie.</p> <p>1.2. Dawkowanie deksametazonu</p> <p>Jeden implant doszkliskowo, nie częściej niż co 6 miesięcy.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <p>Muszą zostać wykonane badanie ogólne (1.1.) oraz badania szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Badania ogólne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie okulistyczne obejmujące: <ol style="list-style-type: none"> a) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS, b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, c) ocenę dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT), d) badanie ultrasonograficzne (typ B) gałki ocznej, e) ocenę stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka według kryteriów SUN, f) ocenę stopnia przymglenia ciała szklanego według kryteriów SUN. <p>1.2. Szczegółowe badania przy kwalifikacji do terapii</p> <p>1.2.1. Adalimumabem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu płytek krwi (PLT);

- 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;
- 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. Adalimumabem

- a) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby:
 - przy dawce ≤ 10 mg prednizolonu lub dawce równoważnej innego leku sterydowego lub
 - przy terapii lekami immunosupresyjnymi lub
 - przy kombinacji obu powyższymi terapiami po kursie leczenia trwającym 15 tygodnilub
- b) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną, u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące:
 - do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub
 - w czasie stabilizacji choroby po odstawieniu obu typów leków, trwającej krócej niż 3 miesiące

- 3) odczyn Biernackiego;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie poziomu białka C-reaktywnego we krwi (CRP);
- 8) oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy krwi;
- 9) badanie ogólne moczu;
- 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;
- 11) test na kiłę;
- 12) test na boreliozę;
- 13) oznaczenie obecności antygenu HBs;
- 14) oznaczenie przeciwciał anti-HCV;
- 15) oznaczenie obecności antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
- 16) badanie RTG klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu);
- 17) elektrokardiogram (EKG);
- 18) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego;
- 19) rezonans magnetyczny w razie wskazań klinicznych;
- 20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

1.2.2. Deksametazonem w postaci implantu

- 1) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT lub w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa - opcjonalnie lub na prośbę Zespołu Koordynacyjnego.

lub

- c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych.

Choroba nieaktywna definiowana jest jako:

- 1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyń i siatkówki lub naczyń siatkówki;
- 2) stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka 0,5+ według kryteriów SUN;
- 3) stopień przymglenia ciała szklistego oka 0,5+ według kryteriów SUN.

1.1.2. Deksametazonem w postaci implantu

- a) obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN;
- b) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku w zakresie 0,1 – 0,8, określona na tablicach Snellena lub ETDRS.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1.1. Adalimumabem

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) CRP;
- 3) odczyn Biernackiego;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) test Quantiferon lub próba tuberkulinowa;
- 7) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI (do decyzji lekarza konsultującego).

Badania z pkt 1 – 5 wykonuje się przed podaniem:

- a) 3 dawki leku;
- b) 5 dawki leku;
- c) każdej kolejnej 5 dawki leku – do decyzji lekarza prowadzącego.

Badania z pkt 6 i 7 wykonuje się co 6 miesięcy.

2.1.2. Deksametazonem

- 1) ocena najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS;
- 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;
- 3) ocena dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT);

Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

2.1. Czas leczenia w programie adalimumabem

W przypadku braku powikłań leczenie powinno być prowadzone przez 24 miesiące.

Za remisję należy uznać brak aktywności choroby zgodnie z kryteriami SUN, trwający dłużej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia.

2.2. Czas leczenia w programie deksametazonem w postaci implantu

Pacjent, u którego przed podaniem kolejnego implantu nie stwierdza się obrzęku płamki zostaje wyłączony z programu.

W przypadku nawrotów obrzęku płamki u takiego pacjenta, może być on ponownie włączony do programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji.

Pacjent w ramach programu może otrzymać maksymalnie 3 dawki deksametazonu do jednego oka.

W przypadku utrzymującego się obrzęku bez wykładników zapalenia leczenie powinno być kontynuowane do łącznej dawki 3 podań do jednego oka. W przypadku nawrotu obrzęku płamki po 3 dawkach deksametazonu leczenie nie powinno być kontynuowane ze względu na brak skuteczności.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie w co najmniej jednym oku, w czasie co najmniej 6 tygodni od rozpoczęcia terapii adalimumabem lub w oku poddanym leczeniu po 4 miesiącach od rozpoczęcia terapii deksametazonem, co najmniej jednej z poniższych zmian:

- a) nowych aktywnych zmian zapalnych naczyńki lub siatkówki lub naczyń siatkówki

Ocena skuteczności leczenia odbywa się z porównaniem do wartości uzyskanych przy kwalifikacji do programu.

W celu oceny skuteczności leczenia wykonuje się badanie okulistyczne obejmujące:

- 1) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS;
- 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;
- 3) ocenę przedniego odcinka i dna oka;
- 4) ocenę płamki za pomocą optycznej koherentnej tomografii (OCT);
- 5) opcjonalnie angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – dla terapii deksametazonem.

2.2.1. Kryteria oceny skuteczności leczenia adalimumabem

Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdej kolejnej 5 dawki leku.

Poprawa definiowana jest jako:

- 1) zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklanego, według kryteriów SUN:

a) $0 \leq 2$ przy stanie początkowym większym lub równym 2;

b) do poziomu 0 przy stanie początkowym mniejszym niż 2;

lub

- 2) zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyńki lub siatkówki lub naczyń siatkówki

lub

<p>lub</p> <p>b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o co najmniej 15 liter na tablicach Snellena lub ETDRS</p> <p>lub</p> <p>c) zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklanego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - do stopnia 0,5+ dla pacjentów, którzy przy kwalifikacji osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN lub - o 2 stopnie lub zwiększenie ze stopnia +3 na +4 dla pozostałych pacjentów; <p>2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>3) poprawa BCVA o 3 linie na tablicach Snellena lub 15 liter na tablicy ETDRS</p> <p>lub</p> <p>4) stabilizacja ostrości wzroku.</p> <p>2.2.2. Kryteria oceny skuteczności leczenia deksametazonem</p> <p>Po 4 miesiącach od pierwszego podania implantu (+/- 7 dni) dokonuje się oceny pod kątem wystąpienia zmian opisanych w podpunkcie 1 kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdego kolejnego implantu (w dniu podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem), nie rzadziej niż co 6 miesięcy.</p> <p>Poprawa umożliwiająca dalsze leczenie definiowana jest jako:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zmniejszenie grubości siatkówki o $\geq 10\%$ i $> 50 \mu\text{m}$ w stosunku do wartości przed pierwszym podaniem leku w programie (w centralnym polu OCT); 2) poprawa BCVA o co najmniej 1 linię na tablicach Snellena lub ETDRS. <p>Brak spełnienia tych warunków łącznie na wizycie przed podaniem kolejnego implantu uniemożliwia dalsze leczenie w programie i ponowną kwalifikację.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji
--	--	--

		<p>internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
--	--	---

PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anti-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:</p> <p>1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych lub</p> <p>1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anti-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (≥ 20 mg dz. > 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów)</p> <p>lub</p> <p>1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.</p>	<p>Entekawir: 0,5 mg 1x dobę lub Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę</p> <p><i>Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</i></p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) HBsAg 2) anti-HBs 3) anti-HBc IgG/całkowite 4) HBV DNA ilościowe 5) morfologia krwi 6) ALT 7) kreatynina <p>2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ALT 2) HBV DNA <p>3. Monitorowanie w trakcie 18 miesięcznej kontynuacji profilaktyki po zakończeniu leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz w ciągu 12 miesięcy po zakończeniu profilaktyki reaktywacji HBV - co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) HBV DNA

Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

- 1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych.
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.
- 3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

LECZENIE CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ POKRZYWKĄ SPONTANICZNĄ (ICD-10: L50.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek \geq 12. roku życia; 2) udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu; 3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami: <ol style="list-style-type: none"> a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7 \geq 28 oraz <ol style="list-style-type: none"> b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI \geq 10; 4) oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni; 5) w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia. <p>2. Kryteria wyłączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych jako UAS7 > 16 lub DLQI \geq 10; 	<p>1. Dawkowanie omalizumabu</p> <p>Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie z uwzględnieniem rekomendacji EAACI/GA²LEN/Euro GuiDerm/APAAACI.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach (+/-14dni) od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza. 1.2. U pacjentów, u których odwiesza się leczenie omalizumabem terapia powinna być kontynuowana z zastosowaniem dawki zgodnej z Charakterystyką Produktu Leczniczego przez okres kolejnych 24 tygodni (+/-14dni) tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie. 	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) ocena nasilenia objawów pokrzywki: <ol style="list-style-type: none"> a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7, b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) CRP; 5) TSH; 6) aminotransferaza alaninowa (ALAT); 7) kreatynina i mocznik w surowicy; 8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI); 2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.

- 2) ciąża lub laktacja;
- 3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu;
- 4) izolowany obrzęk naczynioruchowy;
- 5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych;
- 6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa;
- 7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi;
- 8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich.

3. Określenie czasu leczenia w programie

Po upływie 24 tygodni (+/-14dni) leczenie omalizumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.

Pacjent, u którego zawieszono leczenie omalizumabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników UAS7 do poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.

U chorych, u których w okresie 24 tygodni od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli choroby, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.

Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta.

Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.

2.2. Po 12 i 24 (+/- 14 dni) tygodniu leczenia:

- 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI);
- 2) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) CRP;
- 4) TSH;
- 5) aminotransferaza alaninowa (ALAT);
- 6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;
- 7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu.

3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni (+/-14 dni) leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące

- 1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI);
- 2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na

<p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p> <p>4. Kryteria ponownego włączenia do programu</p> <p>Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu:</p> <ul style="list-style-type: none">1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniualbo2) planowej przerwy w leczeniu. <p>Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.</p>		<p>zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM RDZENIASTYM TARCZYCY (ICD-10: C73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie raka rdzeniastego tarczycy substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>wandetanib</i>; 2) <i>selperkatynib</i>. <p>Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie; 2) choroba miejscowo zaawansowana lub uogólniona - po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii; 3) obecność zmian mierzalnych według aktualnych kryteriów RECIST; 4) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych; 	<p>1. Dawkowanie <i>wandetanibu</i></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Zalecana dawka <i>wandetanibu</i> wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 300 mg na dobę. <p>2. Dawkowanie <i>selperkatynibu</i></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Zalecana dawka <i>selperkatynibu</i> wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 120 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała mniejszej niż 50 kg, 	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT i AspAT; 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA; 7) oznaczenie stężenia TSH; 8) badanie ogólne moczu; 9) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 11) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 12) EKG z oceną odstępu QTc; 13) TK lub MR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby; 14) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej - w przypadku <i>wandetanibu</i>.

- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL;
- 7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;
- 8) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym;
- 9) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji

1.2.1. Terapia *wandetanibem*

- 1) wiek powyżej 18 lat;
- 2) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu - konieczność udokumentowania progresji według RECIST w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia *wandetanibem*;
- 3) stan sprawności 0-2 według ECOG;

1.2.2. Terapia *selperkatynibem*

- 1) wiek co najmniej 12 lat;
- 2) niepowodzenie lub nietolerancja farmakoterapii systemowej z użyciem *wandetanibu* lub *kabozantynibu*;
- 3) potwierdzona mutacja germinalna lub somatyczna w genie RET w guzie (pozytywny wynik testu DNA linii zarodkowej w kierunku mutacji w genie RET jest dopuszczalny przy braku badań tkanki nowotworowej);

- b) 160 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała równej 50 kg lub większej.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Terapia *wandetanibem*

2.1.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi.

2.1.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:

- 1) oznaczenie AlAT i AspAT;
- 2) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 3) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 4) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;
- 5) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);
- 6) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);
- 7) badanie EKG z oceną QTc;
- 8) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane).

2.1.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie AlAT i AspAT;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;

- 4) dostępna zarchiwizowana próbka tkanki nowotworowej (z zastrzeżeniem jak w pkt. 3);
- 5) brak potwierdzonego dodatkowego (zatwierdzonego) czynnika onkogennego, który może powodować oporność na leczenie;
- 6) brak wcześniejszego leczenia selektywnym inhibitorem(a) RET;
- 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
- 8) co najmniej jedna mierzalna zmiana, zgodnie z aktualną definicją RECIST lub RANO i wcześniej nie napromieniana;
- 9) stan sprawności:
 - a) dorośli 0-2 w skali ECOG,
 - b) pacjenci do 16 roku życia ≥ 40 w skali Lansky'ego.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *wandetanibem/selperkatynibem* w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;
- 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA;
- 7) oznaczenie stężenia TSH;
- 8) badanie ogólne moczu;
- 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.

2.1.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:

- 1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej- w przypadku *wandetanibu*.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

2.2. Terapia *selperkatynibem*

2.2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;
- 3) oznaczenie AlAT i AspAT;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny.

2.2.2. Co najmniej raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;

- 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) pogorszenie stanu sprawności, związane z leczeniem, o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg ECOG u dorosłych (dotyczy *selperkatynibu* i *wandetanibu*) lub do wartości 30 w skali Lansky'ego u pacjentów do 16. roku życia (dotyczy *selperkatynibu*);
- 5) ciąża lub okres karmienia piersią;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub wycofanie zgody na leczenie.

- 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;
- 4) oznaczenie AlAT i AspAT;
- 5) oznaczenie stężenia bilirubiny.

2.2.3. Badania wykonywane co 2 miesiące przez kolejne 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;
- 4) oznaczenie AlAT i AspAT;
- 5) oznaczenie stężenia bilirubiny.

2.2.4. Badania wykonywane co 3 miesiące po roku od rozpoczęcia leczenia lub w przypadku wskazań klinicznych:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;
- 4) oznaczenie AlAT i AspAT;
- 5) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 7) oznaczenie stężenia TSH, kalcytoniny i CEA;
- 8) badanie ogólne moczu;
- 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.

Dodatkowo, należy monitorować ciśnienie tętnicze w trakcie leczenia i w razie potrzeby zastosować standardową terapię przeciwnadciśnieniową.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

3. Monitorowanie skuteczności terapii

1) ocena skuteczności (w oparciu o aktualne kryteria RECIST) - co 3 miesiące:

a) wskaźniki efektywności:

- wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR),
- czas trwania odpowiedzi (DOR),
- przeżycie bez progresji choroby (PFS),
- przeżycie całkowite (OS),
- jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) na podstawie dostępnych, standardowych kwestionariuszy.

b) oczekiwane korzyści zdrowotne dla *selperkatynibu* (wg badania rejestracyjnego):

- mediana OS ok 33,25 miesięcy,
- prawdopodobieństwo OS w punktach czasowych dla:
 - i. 12 miesięcy: 87%,
 - ii. 18 miesięcy: 77%,
 - iii. 24 miesiące: 77%,
- ORR = 69%,
- prawdopodobieństwo DOR (mediana DOR nie została osiągnięta w trakcie trwania badania), w punktach czasowych dla:
 - i. 6 miesięcy: 32%,
 - ii. 6-12 miesięcy: 31%,
 - iii. 12-18 miesięcy: 24%,

iv. 18-24 miesięcy: 8%,

v. ≥ 24 miesięcy: 4%,

– prawdopodobieństwo PFS (mediana PFS nie została osiągnięta w trakcie trwania badania) w punktach czasowych dla:

i. 12 miesięcy: 77%,

ii. 18 miesięcy: 68 %,

iii. 24 miesiące: 61%,

– poprawa lub stabilizacja we wszystkich domenach HRQoL;

2) ocena bezpieczeństwa terapii

a) monitorowanie częstość występowania działań niepożądanych.

4. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:

– wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR),

– czas trwania odpowiedzi (DOR),

– przeżycie bez progresji choroby (PFS),

– przeżycie całkowite (OS),

– jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL);

		<p>3) w przypadku wyłączenia pacjenta z programu – przekazywanie informacji czy powodem zakończenia była progresja choroby czy inne kryteria zgodnie z punktem 3. Kryteria wyłączenia - dotyczy selperkatynibu;</p> <p>4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie L-karnityną było finansowane w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynurii oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną</p>	<p>Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną.</p> <p>Dawki L-karnityny należy dostosowywać indywidualnie do określonej jednostki chorobowej, wieku, masy ciała i stanu klinicznego pacjenta oraz do bieżącego stężenia wolnej karnityny we krwi. Okresowo – w zależności od sytuacji klinicznej – może występować konieczność zwiększenia dawki nawet do poziomu maksymalnego (stan dekompensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący.</p> <p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</p>	<p>Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych.</p> <p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas. <p>2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Badanie podmiotowe; 2) Badanie przedmiotowe (fizykalne); 3) Stężenie karnityny wolnej; 4) Stężenie karnityny całkowitej; 5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.

<p>zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.5. Acyduria propionowa (PA) Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.6. Zaburzenia spalania długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2 Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficyt CACT, lub deficyt CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</p>	<p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.5. Acyduria propionowa (PA) Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.6. Zaburzenia spalania długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2 Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</p>	<p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

<p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie pierwotnego deficytu karnityny (CUD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę</p>	<p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p>1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p>	
--	--	--

LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓLCZULNYM (ICD-10: C47)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii</p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym” powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespół Koordynujący dokonuje weryfikacji skuteczności leczenia po zakończeniu terapii.</p> <p>2. Rodzaje programów</p> <p>A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</p> <p>A.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami <i>International Neuroblastoma Staging System</i> (INSS); 2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: <ol style="list-style-type: none"> a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania lub 	<p>Dawkowanie:</p> <p>Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego, obowiązującej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu (art.24 ust.1 pkt.1).</p> <p>Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m²/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni.</p> <p>U pacjentów z chorobą pierwotnie oporną na leczenie i/lub progresją lub wznową choroby oraz u pacjentów, którzy nie uzyskali całkowitej remisji po leczeniu pierwszej linii, dinutuksymab beta należy rozważyć podawanie tego produktu w skojarzeniu z interleukiną-2 (IL-2), zgodnie z</p>	<p>A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</p> <p>A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub badanie PET),

<p>b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania;</p> <p>3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych;</p> <p>4) wiek \geq12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii;</p> <p>5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia;</p> <p>6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);</p> <p>7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta;</p> <p>8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;</p> <p>9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);</p> <p>10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.</p> <p>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.</p> <p>A.2. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);</p>	<p>opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta.</p> <p>Równoległe z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.</p>	<p>d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,</p> <p>e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;</p> <p>2) ocena funkcji narządów:</p> <p>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa \geq30%) oraz EKG,</p> <p>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>$60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SATO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</p> <p>c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC $>$500/uł; stabilna liczba płytek $>$20.000/uł oraz Hb $>$8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,</p> <p>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,</p> <p>e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR,</p> <p>f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,</p> <p>g) ocena słuchu,</p> <p>h) badanie EEG,</p> <p>i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,</p> <p>j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.</p> <p>A.2. Monitorowanie leczenia</p>
---	--	--

- 2) ciąża i karmienie piersią;
- 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;
- 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami;
- 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;
- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);
- 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w płucnej.

A.3. Określenie czasu leczenia według programu

Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu.

A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie

- 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:
 - a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
 - b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,
 - c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,

- 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:
 - a) odpowiednia saturacja krwi (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem,
 - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 500/\mu\text{l}$, liczba płytek krwi $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych,
 - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
 - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
 - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
 - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
 - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
 - d) układ krzepnięcia: 1 doba,
 - e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,
 - f) EKG w 1 i 11 dobie,
 - g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego

- d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,
 - e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia,
 - f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii,
- 2) wskazania do przerywania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):
- a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,
 - b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,
 - c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurec oskrzeli),
 - d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC,
 - e) neuropatia obwodowa 3 stopnia,
 - f) kardiotoksyczność ≥ 3 stopnia WHO CTC,
 - g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,
 - h) choroba posurowicza ≥ 3 stopnia WHO CTC,
 - i) toksyczności skórne ≥ 3 stopnia WHO CTC,
 - j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.

B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego

cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego;

- 3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:
- a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,
 - b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,
 - c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),
 - d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET) tylko w przypadku podejrzenia progresji lub wznowy choroby.

B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego

B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii

- 1) pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej, ale dokonana co najmniej 8 tygodni w przypadku scyntygrafii, a 6 tygodni dla innych badań przed planowanym rozpoczęciem leczenia - obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia:
- a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),

Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych).

B.1. Kryteria kwalifikacji

1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS);

2) wiek ≥ 12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii;

3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych,
lub

stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący,
lub

stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania,

lub

stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka;

b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy,

c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub PET),

d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,

e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;

2) ocena funkcji narządów:

a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG,

b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,

c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC $>500/\mu\text{l}$; stabilna liczba płytek $>20.000/\mu\text{l}$ oraz Hb >8.0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,

d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,

e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,

f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,

g) ocena słuchu,

- 4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;
- 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią;
- 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);
- 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);
- 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia;
- 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.

Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.

B.2. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);
- 2) ciąża i karmienie piersią;
- 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;
- 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami;
- 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;
- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);

- h) badanie EEG,
- i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,
- j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.

B.2. Monitorowanie leczenia

- 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:
 - a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,
 - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 500/\mu\text{l}$, liczba płytek krwi $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$, hemoglobina $>8,0\ \text{g/dl}$,
 - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
 - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
 - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
 - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
 - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
 - d) układ krzepnięcia: 1 doba,

7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.

B.3. Określenie czasu leczenia według programu

Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu.

B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie

1) bezwzględne wskazania do przerywania immunoterapii:

- a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwnowotworowego, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
- b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,
- c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,
- d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,
- e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia,
- f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii.

2) wskazania do przerywania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):

e) EKG w 8 i 11 dobie,

f) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego;

3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:

- a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,
- b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,
- c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),
- d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET).

C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych

- 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy);
- 2) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu);
- 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja;
- 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy

<p>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,</p> <p>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,</p> <p>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurez oskrzeli),</p> <p>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC,</p> <p>e) neuropatia obwodowa 3 stopnia,</p> <p>f) kardiotoksyczność ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,</p> <p>h) choroba posurowicza ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>i) toksyczności skórne ≥ 3 stopnia WHO CTC,</p> <p>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p>		<p>mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;</p> <p>5) ocena funkcji narządów:</p> <p>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG,</p> <p>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</p> <p>c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej,</p> <p>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,</p> <p>e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR;</p> <p>6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku;</p> <p>7) ocena słuchu;</p> <p>8) badanie EEG;</p> <p>9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV;</p> <p>10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej);</p> <p>11) ocena hormonów tarczycy;</p> <p>12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).</p>
---	--	---

D. Monitorowanie efektów leczenia po zakończeniu immunoterapii Co 12 miesięcy od zakończenia immunoterapii przez okres 5 lat informacja o progresji lub wznowie choroby.

E. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”;
- 2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych;
- 5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”.

Załącznik B.111.

LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU PROCESU WZRASTANIA (ICD-10 E23.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Procesu Wzrastania powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH);stężenie IGF-1 poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego;potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie:<ol style="list-style-type: none">u osób dorosłych i u młodzieży po zakończonym procesie wzrastania (wiek kostny starszy niż 14 lat u dziewcząt i 16 lat u chłopców), zarówno nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult-onset GHD – AO-GHD), jak i leczonych w dzieciństwie z powodu GHD (childhood-onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanego GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu niedoboru co najmniej kortyzolu i L-tyroksyny),	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-1,0 mg.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;pomiar ciśnienia tętniczego krwi;morfologia krwi z rozmazem;ocena stężenia 25OHD oraz jonogramu surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);ocena stężenia IGF-1;ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub wykonanie testu doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii;ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384];oznaczenie stężenia TSH i FT4;u osób nieprzyjmujących substytucji hormonalnej osi kortykotropowej - pomiar stężenia kortyzolu w godzinach

b) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzenia przyczyny organicznej i/lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstępianie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-1;

4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności badania MR okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub badania TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny programu B.111 decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego;
- 2) ciężkie stany zagrażające życiu;
- 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH;
- 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-1, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie);
- 5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia;
- 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.

porannych, a w przypadku obniżonego wyniku - oznaczenie stężenia kortyzolu w teście stymulacyjnym po podaniu syntetycznego ACTH lub glukagonu. W przypadku osób przyjmujących substytucję hormonalną (prep. hydrocortisonum) - oznaczenie stężenia kortyzolu po 2 godzinach od przyjęcia porannej dawki leku;

11) u osób stosujących substytucję w zakresie hormonów płciowych oznaczenie poziomu estrogenów u kobiet;

12) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu; podstawowym testem powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z arginina;

13) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (badanie MR lub TK z kontrastem);

14) badanie USG jamy brzusznej;

15) wykonanie EKG, ewentualnie badanie USG serca;

16) badanie dna oka;

17) badanie gęstości mineralnej kości metodą DXA [odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz densytometria całego ciała (total body) z oceną składu ciała];

18) u pacjentów < 18 rż. - ocena wieku kostnego na podstawie badania radiologicznego kośćca nadgarstka i ręki niedominującej.

19) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

2. Monitorowanie leczenia

1) po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia terapii:

a) pomiar stężenia IGF-1 w celu ustalenia dawki optymalnej (dalsze monitorowanie co 6 tygodni w przypadku zmiany dawki);

2) co 6 miesięcy:

a) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji,

b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi,

c) ocena stężenia 25OHD oraz jonogramu w surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca),

d) określenie odsetka HbA1c,

e) ocena stężenia IGF-1,

f) oznaczenie stężenia TSH i FT4,

g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu,

h) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL),

i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;

3) dodatkowo co 2 lata:

a) badanie gęstości mineralnej kości metodą DXA [odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz densytometria całego ciała (total body) z oceną składu ciała].

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,

		<p>z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie następującymi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>iwakaftorem w monoterapii</i>, 2) <i>lumakaftorem/ iwakaftorem</i>, 3) <i>tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</i>, 4) <i>eleksakaftorem/ tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy; 2) pisemna zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta na udział w programie; 3) zgoda na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy (pacjent powinien zostać 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Iwakaftor w monoterapii</p> <p>1.1.1. wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥ 7 kg do < 14 kg Granulat zawierający 50 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcz.</p> <p>1.1.2. wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥ 14 kg do < 25 kg Granulat zawierający 75 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcz.</p> <p>1.1.3. wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała ≥ 25 kg Dawka poranna: Jedna tabletkę zawierająca 150 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: Jedna tabletkę zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p> <p>1.2. Lumakaftor/ iwakaftor</p> <p>1.2.1. wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała < 14 kg Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1.1. W okresie do 1 tygodnia przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2) badanie kwestionariuszowe w kierunku depresji i lęku - wypełnienie formularza PHQ-9 oraz GAD-7: <ul style="list-style-type: none"> - samodzielnie przez pacjentów powyżej 12 r.ż., - przez jednego z opiekunów w przypadku pacjentów w wieku od 2 do 12 r.ż. <p>1.2. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) test potowy; 2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej; 5) oznaczanie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 6) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła;

<p>włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu);</p> <p>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia</p> <p>1.2.1. pacjentów z mukowiscydozą iwakaftorem w monoterapii</p> <p>1) wiek 12 miesięcy i powyżej;</p> <p>2) potwierdzone wystąpienie jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu CFTR: mutacja bramkująca genu CFTR (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R.</p> <p>1.2.2. pacjentów z mukowiscydożą lumakaftorem/iwakaftorem</p> <p>1) wiek 2 lata i powyżej;</p> <p>2) potwierdzone wystąpienie mutacji F508del genu CFTR na obu allelach.</p> <p>1.2.3. pacjentów z mukowiscydożą tezakaftorem/iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</p> <p>1) wiek 6 lat i powyżej;</p> <p>2) homozygotyczność pod względem mutacji F508del lub heterozygotyczność pod względem mutacji F508del i obecność jednej z następujących mutacji genu CFTR: P67L, R117C, L206W,</p>	<p>Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.</p> <p>1.2.2. wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała ≥ 14 kg</p> <p>Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg.</p> <p>1.3. Tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem</p> <p>1.3.1. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała < 30 kg</p> <p>Dawka poranna: 1 tabletkę zawierająca 50 mg tezakaftoru/ 75 mg iwakaftoru.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletkę zawierająca 75 mg iwakaftoru.</p> <p>1.3.2. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała ≥ 30 kg</p> <p>Dawka poranna: 1 tabletkę zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletkę zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p> <p>1.3.3. wiek ≥ 12 lat</p> <p>Dawka poranna: 1 tabletkę zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletkę zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p> <p>1.4. Eleksakaftor/ tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem</p>	<p>7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż.</p> <p>1.3. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <p>1) badanie obrazowe klatki piersiowej.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) badania wykonywane po 12 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:</p> <p>a) kwestionariusz w kierunku depresji i lęku - wypełnienie formularza PHQ-9 oraz GAD-7:</p> <ul style="list-style-type: none"> - samodzielnie przez pacjentów powyżej 12 r.ż., - przez jednego z opiekunów w przypadku pacjentów w wieku od 2 do 12 r.ż; <p>2) badania wykonywane po 24 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:</p> <p>a) test potowy,</p> <p>b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu),</p> <p>c) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła;</p> <p>3) badania wykonywane po 12, 24, 36 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny;</p> <p>4) badania wykonywane co 48 tygodni (+/- 14 dni), po 48 tygodniu od rozpoczęcia leczenia:</p> <p>a) test potowy,</p>
--	---	---

<p>R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kbC→T.</p> <p>1.2.4. pacjentów z mukowiscydozą eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</p> <p>1) wiek 2 lata i powyżej;</p> <p>2) co najmniej jedna mutacja F508del genu mukowiscydozowego przezbłonowego regulatora przewodnictwa.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu mukowiscydozy, decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) brak skuteczności leczenia w ocenie trzyosobowego konsylium lekarskiego;</p> <p>2) stan po przeszczepieniu płuc;</p> <p>3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy lub 3-krotnie większa od górnej granicy normy z jednoczesnym podwyższeniem stężenia bilirubiny 2-krotnie powyżej górnej granicy normy (po zmniejszeniu i ustabilizowaniu aktywności tych parametrów,</p>	<p>1.4.1. wiek 2 do < 6 lat oraz masa ciała 10 kg do <14 kg</p> <p>Dawka poranna: 1 saszетка granulatu zawierająca 60 mg iwakaftoru, 40 mg tezakaftoru i 80 mg eleksakaftoru.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 saszетка granulatu zawierająca 59,5 mg iwakaftoru.</p> <p>1.4.2. wiek 2 do < 6 lat oraz masa ciała ≥14 kg</p> <p>Dawka poranna: 1 saszетка granulatu zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 saszетка granulatu zawierająca 75 mg iwakaftoru.</p> <p>1.4.3. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała < 30 kg</p> <p>Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 37,5 mg iwakaftoru, 25 mg tezakaftoru i 50 mg eleksakaftoru).</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletki zawierająca 75 mg iwakaftoru.</p> <p>1.4.4. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała ≥ 30 kg</p> <p>Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru).</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletki zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p> <p>1.4.5. wiek 12 lat i powyżej</p> <p>Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru).</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletki zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p>	<p>b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu),</p> <p>c) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła,</p> <p>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny,</p> <p>e) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż;</p> <p>5) badania wykonywane na każdej wizycie:</p> <p>a) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem.</p> <p>b) pomiar masy i wysokości ciała oraz wskaźnika BMI z oceną wartości centylowych.</p> <p>Po każdym 48 tygodniach leczenia powyższymi terapiami należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności w odniesieniu do parametrów zmierzonych przed rozpoczęciem leczenia.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><u>Wskaźniki efektywności mierzone po każdym 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni):</u></p> <p>1) ocena funkcji płuc na podstawie badań spirometrycznych, u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje</p>
---	---	---

<p>można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego);</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem; 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 6) okres ciąży lub planowania ciąży lub karmienia piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią), (zalecenie wynika z braku wystarczających danych bezpieczeństwa; stosowanie jest możliwe, o ile lekarz prowadzący i pacjentka wyrażą na to zgodę); 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 8) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy; 11) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 	<p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>prawidłowe przeprowadzenie odpowiedniego testu (np. FEV1, FVC, MMEF lub LCI 2,5%);</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) stężenie jonów chloru w pocie; 3) liczba hospitalizacji; 4) liczba zaostrzeń oskrzelowo-płucnych (leczonych dożylnie antybiotykami). <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ; 4) Obecność lub zarejestrowanie w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia pacjenta w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy oraz rzetelne i terminowe wprowadzanie danych wymaganych przez protokół Rejestru.
--	---	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI NEREK (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapię:</p> <p>1) <i>ketoanalogami aminokwasów</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) przewlekła choroba nerek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO;</p> <p>2) brak rozpoczętego leczenia nerkozastępczego, przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego;</p> <p>3) brak cech niedożywienia – uzyskana ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>);</p> <p>4) spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą wywiadu dietetycznego;</p> <p>5) brak udokumentowanych zaburzeń metabolizmu aminokwasów;</p> <p>6) wykluczenie hiperkalcemii;</p> <p>7) wykluczenie istotnych chorób towarzyszących (złe kontrolowana cukrzyca – HbA1c.>7,5%, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka leku Ketosteril wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku Ketosteril.</p> <p>Od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi od 0,4 g/kg m.c./dobę do 0,8 g/kg m.c./dobę.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <p>1) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR;</p> <p>2) oznaczenie stężenia mocznika i kwasu moczowego w surowicy krwi;</p> <p>3) oznaczenie stężenia wapnia, sodu i potasu w surowicy krwi;</p> <p>4) oznaczenie stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c);</p> <p>5) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;</p> <p>6) ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Co miesiąc, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące:</p> <p>1) ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym;</p> <p>2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR;</p> <p>3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi.</p> <p>Po każdym roku leczenia <i>ketoanalogami aminokwasów</i> należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności.</p> <p><u>Wskaźniki efektywności:</u></p>

- 8) wiek 18 lat i powyżej;
- 9) nieobecność innych istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu określenia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- 1) rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego;
- 2) wystąpienie nietolerancji leczenia bądź objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO;
- 4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka

- 1) hamowanie progresji choroby na podstawie eGFR i stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 2) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;
- 3) stężenie elektrolitów w surowicy krwi;
- 4) stężenie mocznika i kwasu moczowego w surowicy krwi.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

<p>wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości do poziomu 0,8 g/kg m.c./dobę;</p> <p>5) nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, dotyczących okresowych badań kontrolnych;</p> <p>6) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>) bądź anoreksji.</p>		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na ostrą białaczkę szpikową udostępnia się poniższe terapie, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:</p> <p>1) w 1. linii leczenia:</p> <p>a) leczenie midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (pacjenci z mutacją <i>FLT3</i>), albo</p> <p>b) leczenie gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (bez względu na status mutacji <i>FLT3</i>), albo</p> <p>c) leczenie wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną (bez względu na status mutacji <i>FLT3</i>), albo</p> <p>d) leczenie iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną (pacjenci z mutacją <i>IDH1</i>);</p> <p>2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową:</p> <p>a) leczenie azacytydyną doustną w monoterapii;</p> <p>3) w 2. i kolejnych liniach leczenia:</p> <p>a) leczenie gilterytynibem w monoterapii (pacjenci z mutacją <i>FLT3</i>).</p>	<p>1. Dawkowanie leków w terapii</p> <p>1.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</p> <p>1.1.1. Leczenie indukujące</p> <p><u>Pierwszy cykl:</u></p> <p>Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu.</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m² pc./dobę podawana w infuzji dożyłnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.</p> <p>Cytarabina – dawka 100-200 mg/m² pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożyłnej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu.</p> <p><u>Drugi cykl:</u></p> <p>Jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego wraz z midostauryną (dawkowanie 2-go cyklu takie samo jak dla pierwszego cyklu lub z wyższymi dawkami cytarabiny).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Badania przy kwalifikacji do 1. linii leczenia oraz do 2. i kolejnych linii leczenia ostrej białaczki szpikowej</p> <p>1) badania potwierdzające rozpoznanie ostrej białaczki szpikowej (biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej, badanie immunofenotypowe, badanie cytogenetyczne lub badania molekularne), w tym:</p> <p>a) potwierdzające obecność mutacji <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną oraz gilterytynibem w monoterapii.</p> <p>U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia gilterytynibem możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji <i>FLT3</i> wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego),</p>

<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 2) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 3) stan sprawności według ECOG: 0-2, jeśli ECOG 2 wynika z aktywności ostrej białaczki przed rozpoczęciem leczenia 1. linii (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i> – pkt. 1.2.3.4.b oraz za wyjątkiem kwalifikacji do terapii <i>iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</i> – pkt 1.2.4.5.b); 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 7) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne ekspertów European LeukemiaNet; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</p>	<p>1.1.2. Leczenie konsolidujące</p> <p>U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 3 do 4 cykli leczenia konsolidującego:</p> <p>Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia każdego cyklu.</p> <p>Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m² (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu.</p> <p>1.2. <i>gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i></p> <p>1.2.1. Leczenie indukujące</p> <p><u>Pierwszy cykl:</u></p> <p>Gemtuzumab ozogamycyny – zalecana dawka 3 mg/m² pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w infuzji w 1., 4. i 7. dniu. Gemtuzumab może być również stosowany w jednorazowym podaniu tylko w dniu 1. cyklu indukującego zgodnie z zaleceniami European LeukemiaNet.</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m² pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia.</p> <p>Cytarabina – dawka 100-200 mg/m² pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia.</p> <p><u>Drugi cykl:</u></p> <p>Jeżeli konieczny jest drugi cykl leczenia indukującego, gemtuzumabu ozogamycyny nie</p>	<p>b) badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych – w przypadku terapii <i>gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i>,</p> <p>c) potwierdzające obecność mutacji R132 w genie <i>IDH1</i> – w przypadku terapii <i>iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</i>;</p> <p>2) ocena stanu ogólnego (ECOG);</p> <p>3) ocena chorób współistniejących (HCT-CI);</p> <p>4) badania laboratoryjne:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia sodu, f) oznaczenie stężenia potasu, g) oznaczenie stężenia wapnia, h) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, i) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, j) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), k) oznaczenie APTT, l) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) lub INR,
--	---	---

<p>1.2.1. midostauryng w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa; 3) udokumentowana obecność mutacji genu <i>FLT3</i> (wewnątrz tandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]); 4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej. 	<p>należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania:</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m² pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu.</p> <p>Cytarabina – dawka 1000 mg/m² pc. (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> m) oznaczenie stężenia fibrynogenu, n) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 5) elektrokardiografia (EKG); 6) ECHO serca (do decyzji lekarza); 7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza); 8) punkcja łędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN); 9) dodatkowo w przypadku terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i>: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie eGFR, b) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 10) dodatkowo w przypadku terapii <i>gilterytynibem w monoterapii</i>: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia magnezu, b) oznaczenie kinazy fosfokreatynowej, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej (ALP).
<p>1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 15 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> z ekspresją antygeny CD33 na komórkach blastycznych; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej; 4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej; 5) potwierdzone cytogenetycznie korzystne lub pośrednie czynniki rokownicze (dopuszczalne jest włączenie do terapii indukującej chorych z niemożliwym do oceny ryzykiem cytogenetycznym wynikającym ze złej jakości materiału diagnostycznego, tj. braku podziałów komórkowych, pod warunkiem, że w badaniach molekularnych wykluczono u pacjenta obecność niekorzystnych czynników rokowniczych); 6) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki szpikowej wtórnej (po zespole mielodysplastycznym [MDS; ang. myelodysplastic syndrom] lub przewlekłych zespołach mieloproliferacyjnych) oraz ostrej białaczki szpikowej zależnej od chemio- lub radioterapii. 	<p>1.2.2. Leczenie konsolidujące</p> <p>U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego:</p> <p>Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m² pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli).</p> <p>Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m² (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu.</p>	
<p>1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO; 	<p>1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</p> <p>Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania:</p> <p>Dzień 1: 100 mg/dobę;</p> <p>Dzień 2: 200 mg/dobę;</p> <p>Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę.</p>	<p>1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia podtrzymującego doustną azacytydyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 3) badanie potwierdzające remisję choroby – biopsja aspiracyjna szpiku (badanie powinno być wykonane w ciągu nie więcej niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia).

<p>3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego, np. hydroksymocznikiem, przygotowującego pacjenta do leczenia <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i>);</p> <p>4) niekwalifikowanie się do standardowej chemioterapii indukującej, definiowane jako:</p> <p>a) wiek 75 lat i powyżej, lub</p> <p>b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących), - wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa $\leq 50\%$ lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, - zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO $\leq 65\%$ lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 $\leq 65\%$, - klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, - umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny $>1,5$ do ≤ 3 ULN, - jakiegokolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii dające w skali indeksu chorób współistniejących (HCT-CI) ≥ 3 punktów lub w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) <6 punktów. <p>1.2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego, np. hydroksymocznikiem, przygotowującego pacjenta do leczenia); 	<p>W trakcie leczenia wenetoklaksem należy stosować profilaktykę zespołu rozpadu guza (TLS – Tumor Lysis Syndrome), zgodnie z opisem zawartym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Azacytydyna – dawka 75 mg/m² pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu.</p> <p>1.4. iwosydenib w skojarzeniu z azacytydyną</p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni.</p> <p>Iwosydenib – zalecana dawka wynosi 500 mg (2 tabletki po 250 mg) podawana doustnie 1 raz na dobę. Leczenie iwosydenibem należy rozpocząć w dniu 1. cyklu 1. w skojarzeniu z azacytydyną.</p> <p>Azacytydyna – dawka 75 mg/m² pc. podawana podskórnie lub dożylnie 1 raz na dobę w dniach od 1. do 7. dnia każdego cyklu.</p> <p>1.5. azacytydyną doustną w monoterapii</p> <p>Azacytydyna – zalecana dawka 300 mg podawana doustnie 1 raz na dobę w dniach 1-14 każdego 28-dniowego cyklu.</p> <p>W przypadku nawrotu choroby, gdy odsetek blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym wynosi 5–15%, należy, po wykonaniu oceny klinicznej,</p>	<p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia w przypadku terapii</p> <p>2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim, jeżeli był podany) cyklu indukującym; 2) morfologia krwi z rozmazem – co najmniej 2 razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej, raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi; 3) raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia sodu, c) oznaczenie stężenia potasu, d) oznaczenie stężenia wapnia, e) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, f) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), h) oznaczenie APTT, i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);
---	--	--

<p>4) udokumentowana obecność mutacji R132 w genie kodującym dehydrogenazę izocytrynianu 1 (<i>IDH1</i>);</p> <p>5) niekwalifikowanie się do standardowej chemioterapii indukującej, definiowane jako:</p> <p>a) wiek 75 lat i powyżej,</p> <p>lub</p> <p>b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących), - wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa $\leq 50\%$ lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, - zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO $\leq 65\%$ lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 $\leq 65\%$, - klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, - umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny $>1,5$ do ≤ 3 ULN, - jakiegokolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii w ocenie lekarza prowadzącego. <p>1.2.5. azacytydyną doustną w monoterapii</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa w potwierdzonej pierwszej całkowitej remisji lub potwierdzonej remisji z niepełną regeneracją morfologii krwi po chemioterapii indukującej albo indukującej i konsolidującej; 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych lub brak zgody pacjenta na taką procedurę. <p>1.2.6. gilteryty nibem w monoterapii</p>	<p>rozważyć wydłużenie schematu dawkowania z 14 do 21 dni powtarzającego się 28-dniowego cyklu. Produktu leczniczego nie należy podawać dłużej niż 21 dni w ciągu każdego 28-dniowego cyklu.</p> <p>Azacytydyny doustnej nie należy podawać zamiennie z azacytydyną w formie wstrzyknięć.</p> <p>1.6. gilteryty nibem w monoterapii</p> <p>Gilteryty nib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>W przypadku braku odpowiedzi (pacjent nie osiągnął CRc – złożonej całkowitej remisji) po 4 tygodniach leczenia można zwiększyć dawkę do 200 mg raz na dobę, jeżeli leczenie jest tolerowane lub uzasadnione klinicznie.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub części, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – elektrokardiografia (EKG);</p> <p>2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z morfologią krwi z rozmazem i oceną odpowiedzi na leczenie po każdym leczeniu indukującym i konsolidującym; 2) pomiędzy 10. a 14. dobą od podania ostatniej dawki gemtuzumabu ozogamycyny w cyklu indukującym i konsolidującym lub części, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie APTT, d) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) lub INR; 3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub części, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – elektrokardiografia (EKG); <p>2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 1 cyklu, a w przypadku braku całkowitej remisji, ponowna biopsja po 2. cyklu, a następnie co 2 kolejne
---	--	---

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną:
 - a) opornością na leczenie (brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną po co najmniej jednym cyklu terapii indukującej),
 lub
 - b) nawrotem po leczeniu ostrej białaczki szpikowej - wymagane potwierdzenie w nawrocie obecności mutacji *FLT3*, tj. *FLT3-ITD*, *FLT3-TKD/D835* lub *FLT3-TKD/I836* z materiału ze szpiku kostnego lub krwi lub ogniska pozaszpikowego.

W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji *FLT3*.

1.3. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

- 1) leczenie indukujące – to maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego w połączeniu z midostauryną);

cykle aż do uzyskania całkowitej remisji. Po uzyskaniu całkowitej remisji kontrola hematologiczna zgodnie ze schematem monitorowania leczenia, a kolejna biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia progresji;

- 2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki:

- a) morfologia krwi z rozmazem,
- b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
- c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,
- d) oznaczenie stężenia potasu,
- e) oznaczenie stężenia fosforanów,
- f) oznaczenie stężenia wapnia,
- g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

- 3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem:

- a) morfologia krwi z rozmazem,
- b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
- c) oznaczenie stężenia potasu,
- d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną

2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – od 3 do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy.

U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT.

2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1) leczenie indukujące – to jeden cykl leczenia indukującego z zastosowaniem gemtuzumabu ozogamycyny; jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego, ale bez gemtuzumabu ozogamycyny;

2) po osiągnięciu całkowitej remisji choroby (zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet) po leczeniu indukującym, kontynuacja w postaci leczenia konsolidującego od 2 do 4 cykli leczenia (w tym do 2 cykli z gemtuzumabem ozogamycyny), u chorych z potwierdzonymi cytogenetycznie korzystnymi lub pośrednimi czynnikami rokowniczymi.

Do rozważenia pominięcie gemtuzumabu w cyklu/cyklach konsolidujących celem zmniejszenia ryzyka choroby wenookluzyjnej wątroby (VOD), jeśli planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.

2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną

1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną

1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach (± 1 cykl) i po 6 cyklach (± 1 cykl) oraz zawsze w przypadku podejrzenia progresji lub decyzji lekarza prowadzącego;

2) co najmniej 1 raz w tygodniu w pierwszym miesiącu leczenia, raz na 2 tygodnie w drugim miesiącu leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu:

a) morfologia krwi z rozmazem,

b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,

c) oznaczanie stężenia potasu w surowicy krwi,

d) oznaczanie stężenia magnezu w surowicy krwi,

e) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

3) co najmniej 1 raz w tygodniu przez pierwsze 3 tygodnie leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego cyklu, oraz dodatkowo w razie wskazań klinicznych – elektrokardiografia (EKG);

2.5. azacytydyną doustną w monoterapii

1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;

- 1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

2.5. gilterytynibem w monoterapii

- 1) leczenie powinno być prowadzone do czasu, kiedy pacjent odnosi korzyści kliniczne z leczenia gilterytynibem lub do momentu wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności. Odpowiedź na leczenie może być opóźniona, dlatego należy rozważyć kontynuowanie stosowania zalecanej dawki do 6 miesięcy, aby zapewnić czas na odpowiedź kliniczną (bez progresji choroby). U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie gilterytynibem należy przerwać na jeden tydzień przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT.

Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności terapii definiowany jako:
 - a) brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego (brak skuteczności terapii) albo progresja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii konsolidującej – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* albo *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*,
 - b) progresja choroby w trakcie leczenia – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *iwozydenubem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu);

- 2) morfologia krwi z rozmazem – co drugi tydzień przez pierwsze 2 cykle leczenia (56 dni), a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia.

W przypadku modyfikacji dawki leku konieczne dodatkowe monitorowanie morfologii co drugi tydzień przez następne 2 cykle leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

2.6. gilterytynibem w monoterapii

- 1) biopsja aspiracyjna szpiku lub trepanobiopsja szpiku w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej w pierwszym tygodniu 2. miesiąca, a następnie po 6 miesiącach leczenia;
- 2) w 3. tygodniu podawania leku, a następnie raz w miesiącu:
 - a) morfologia krwi z rozmazem,
 - b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie stężenia potasu,
 - d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - f) oznaczenie stężenia magnezu,
 - g) oznaczenie kinazy fosfokreatynowej,

<p>c) progresja choroby w trakcie leczenia (tj. ponad 15% blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym) – w przypadku terapii <i>azacytydyną doustną w monoterapii</i>;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;</p> <p>7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii <i>midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i> lub <i>gilterytynibem w monoterapii</i>.</p>		<p>h) oznaczenie fosfatazy alkalicznej (ALP);</p> <p>3) w 2. i 3. tygodniu po rozpoczęciu leczenia oraz przed rozpoczęciem lub w pierwszym tygodniu każdego z trzech kolejnych miesięcy leczenia – elektrokardiografia (EKG).</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p>
---	--	---

		<p>a) całkowita odpowiedź (CR), w tym CRh (CR z częściową odnową hematopoezy) i CRi (CR z niepełną odnową hematopoezy),</p> <p>b) częściowa odpowiedź (PR),</p> <p>c) choroba stabilna (SD),</p> <p>d) brak odpowiedzi (NR),</p> <p>e) progresja choroby (PD),</p> <p>f) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</p> <p>g) przeżycie wolne od zdarzeń (EFS) tj. niepowodzenia leczenia, nawrotu po remisji lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpiło wcześniej – jedynie dla terapii <i>iwosydenib</i> w skojarzeniu z <i>azacytydyną</i>;</p> <p>h) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANE POSTACIE MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego dorosłym chorym na zaawansowane postaci mastocytozy układowej udostępnia się poniższe terapie, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w 1. lub kolejnych liniach leczenia – <i>midostauryną</i>; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – <i>awaprytynibem</i>. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. <i>aggressive systemic mastocytosis</i> – ASM), mastocytoza układowa ze współistniejącym nowotworem układu mieloidalnego lub chłonnego (ang. <i>systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm</i> – SM-AHN) lub białaczka mastocytowa (ang. <i>mast cell leukemia</i> – MCL) – zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (<i>World Health Organization</i>); 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) obecność co najmniej jednego z poniższych objawów wynikających z nacieku komórkami tucznyymi: <ol style="list-style-type: none"> a) neutropenia $<1 \times 10^9/L$ lub niedokrwistość <10 g/dL lub małopłytkowość $<100 \times 10^9/L$, 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. <i>midostauryna</i></p> <p>Zalecana dawka <i>midostauryny</i> wynosi 100 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg). Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.</p> <p><i>Midostaurynę</i> podaje się w 28-dniowych cyklach.</p> <p>1.2. <i>awaprytynib</i></p> <p>Zalecana dawka <i>awaprytynibu</i> wynosi 200 mg podawana doustnie raz na dobę. <i>Awaprytynib</i> podaje się w 28-dniowych cyklach.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117, ewentualnie CD30); 2) badanie molekularne w kierunku obecności mutacji D816V lub mutacji w innych krytycznych regionach w genie <i>KIT</i>; 3) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę; 4) ocena stanu ogólnego według skali ECOG; 5) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi, g) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, i) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, j) oznaczenie stężenia albumin,

- b) powiększona wątroba z wodobrzuszem lub zwiększoną aktywnością transaminaz lub nadciśnieniem wrotnym,
 - c) splenomegalia z hipersplenizmem,
 - d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i ewentualną utratą wagi ciała,
 - e) rozległe zmiany osteolityczne (≥ 2 cm) lub patologiczne złamania kości;
- 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
 - 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
 - 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
 - 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
 - 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
 - 9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii – *midostauryna*

- 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
- 2) brak wcześniejszego leczenia ogólnoustrojowego ASM, SM-AHN lub MCL lub po zastosowaniu wcześniejszego leczenia ogólnoustrojowego;
- 3) nieobecność objawowej zastoinowej niewydolności serca.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii – *awaprytynib*

- k) oznaczenie APTT,
 - l) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
 - m) oznaczenie stężenia fibrynogenu,
 - n) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi,
 - o) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
- 6) elektrokardiografia (EKG);
 - 7) ECHO serca – w przypadku wywiadu kardiologicznego lub zmian w EKG.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem:
 - a) wykonywana przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych – w przypadku terapii *midostauryną*,
 - b) wykonywana co 2 tygodnie przez pierwsze 8 tygodni terapii, a następnie co 2-4 tygodnie zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego – w przypadku terapii *awaprytynibem*;
- 2) badania wykonywane przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych:
 - a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
 - d) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi,
 - e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
 - f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
 - g) oznaczenie stężenia glukozy we krwi,

- 1) stan sprawności 0-3 według skali ECOG;
- 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia ogólnoustrojowego ASM, SM-AHN lub MCL;
- 3) liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/L$.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

Pacjenci dotychczas zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: D47.9 mogą kontynuować leczenie w programie lekowym do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności terapii definiowany jako:
 - a) brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii według zmodyfikowanych kryteriów Valenta – w przypadku terapii *midostauryną*, lub

h) oznaczenie APTT,

i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),

3) elektrokardiografia (EKG) – w uzasadnionych przypadkach.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

3.1. w przypadku ASM i SM-AHN:

- 1) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku wraz z oceną immunofenotypową – badanie wykonywane po 3. cyklu leczenia, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 cykli;
- 2) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi – badanie wykonywane po 3. cyklu leczenia, a następnie co 3 cykle.

3.2. w przypadku MCL:

- 1) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku wraz z oceną immunofenotypową – badanie wykonywane po 1. cyklu leczenia, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 cykli;
- 2) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi – badanie wykonywane po każdym cyklu leczenia przez pierwsze 6 cykli, a następnie co każde kolejne 3 cykle.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

<p>b) progresja choroby w trakcie leczenia według zmodyfikowanych kryteriów IWG-MRT-ECNM (<i>modified International Working Group-Myeloproliferative Neoplasms Research and Treatment & European Competence Network on Mastocytosis</i>) – w przypadku terapii <i>midostauryną</i> lub <i>awaprytynibem</i>;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		<p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) całkowita odpowiedź (CR),</p> <p>b) częściowa odpowiedź (PR),</p> <p>c) poprawa kliniczna (CI),</p> <p>d) choroba stabilna (SD),</p> <p>e) progresja choroby (PD),</p> <p>f) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</p> <p>g) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla; 2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anti-PD-1 lub anti-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla; 4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla; 5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 6) wiek \geq 18 lat; 7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 8) brak przerzutów w OUN lub cech progresji przerzutów z OUN u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia) oraz brak istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie.</p> <p>Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla; 2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI; 3) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 4) badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,

- 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego;
- 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem;
- 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C;
- 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach:
 - a) liczba leukocytów $\geq 3 \times 10^9/l$,
 - b) liczba neutrofilów $\geq 1,0 \times 10^9/l$,
 - c) liczba płytek krwi $\geq 100 \times 10^9/l$,
 - d) stężenie hemoglobiny $\geq 9 \text{ g/dl}$,
 - e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1,5 \times \text{GGN}$ (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa
 - f) aktywność AST/ALT $\leq 2,5 \times \text{GGN}$ u chorych bez przerzutów do wątroby i $\leq 5 \times \text{GGN}$ u chorych z przerzutami
- 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym;
- 14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie

Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie awelumabem przed dniem wejścia w życie programu lekowego i spełniają łącznie następujące kryteria:

2. Monitorowanie leczenia

- 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI po 6-8 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych;
- 2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni:
 - a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,
 - b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,
- 3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- leczenie zostało włączone zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta,
- nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu.

-

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Progresja choroby z wyjątkiem pacjentów, u których wystąpi radiologiczna progresja choroby niezwiązana z ciężkim pogorszeniem stanu klinicznego, definiowanym jako wystąpienie nowych objawów lub pogorszenie obecnie występujących, u których nie obserwuje się zmiany w stopniu sprawności przez okres dłuższy niż dwa tygodnie i u których nie ma konieczności zastosowania leczenia ratującego życie;
- 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;
- 3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA CUSHINGA (ICD-10: E24.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dorośli chorzy w wieku co najmniej 18 lat; 2) choroba Cushinga potwierdzona klinicznie i biochemicznie u pacjentów, u których wykonanie zabiegu operacyjnego guza przysadki nie jest możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem; 3) choroba Cushinga spełniająca w momencie kwalifikacji poniższe kryteria: <ol style="list-style-type: none"> a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu lub późnowieczorne stężenie kortyzolu w ślinie lub surowicy powyżej wartości referencyjnej, b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka początkowa w leczeniu choroby Cushinga wynosi 10 mg pasyreotydu.</p> <p>Dawkę można stopniowo dostosować co 2 do 4 miesięcy, w zależności od odpowiedzi na leczenie i tolerancji. Maksymalna dawka produktu leczniczego Signifor w chorobie Cushinga wynosi 40 mg co 4 tygodnie.</p> <p>Kryteria, sposób modyfikacji dawkowania, sposób podania oraz środki ostrożności określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe – występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii; 2) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu; 3) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu; 4) ocena wyrównania czynności tarczycy; 5) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm); 7) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, kreatyniny i GFR; 8) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej; 9) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) zespół Cushinga w wyniku ektopowego wydzielania ACTH;
- 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
- 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 3.1. *Schematu dawkowania*;
- 4) objawowa kamica żółciowa;
- 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg. skali Child-Pugh);
- 6) żółtaczką lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górną granicę normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;
- 7) niewyrównana niedoczynność tarczycy;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: stężenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu nie przekraczające górnej granicy normy laboratoryjnej lub zmniejszenie stężenia wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu o co najmniej 50% względem wartości wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasyryotydem w najwyższej tolerowanej dawce;

10) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

2. Monitorowanie leczenia

Należy ocenić korzyści kliniczne u pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia, a następnie oceniać je okresowo.

- 1) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 2) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu i kortyzolu w surowicy krwi (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 3) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego układu podwzgórzowo-przysadkowego. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie to należy wykonywać co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w przypadku pojawienia się nowych ubytków w polu widzenia lub innych wskazań klinicznych;
- 4) oznaczanie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo lub samokontrola stężenia glukozy z zastosowaniem glukometru – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4 tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;

<p>9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>10) ciąża lub karmienia piersią;</p> <p>11) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody pacjenta na leczenie.</p>		<p>5) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia pasyreotydem;</p> <p>6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>7) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstotnością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;</p> <p>8) oznaczenie poziomu sodu i potasu według wskazań klinicznych;</p> <p>9) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;</p> <p>10) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;</p> <p>11) ocena wyrównania czynności tarczycy co 6 miesięcy.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej</p>
--	--	---

		<p>przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW ZE ZRÓŻNICOWANYM RAKIEM TARCZYCY (ICD-10: C 73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie zróżnicowanego raka tarczycy <i>kabozantynibem</i> (druga linia leczenia) zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.).</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą tomografii komputerowej (KT) lub rezonansu magnetycznego (MR) według klasyfikacji RECIST; 4) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 5) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p> <p>1.1. Kabozantynib</p> <p><i>Kabozantynib</i> jest stosowany w dobowej dawce 60 mg bez przerw.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia kabozantynibem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> a) bilirubiny – w surowicy, b) kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej; 6) oznaczenie białka w moczu; 7) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym; 8) scyntygrafia kości; 9) MR lub KT jamy brzusznej i miednicy; 10) RTG lub KT klatki piersiowej; 11) elektrokardiogram (EKG); 12) pomiar ciśnienia tętniczego; 13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 8) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.

1.2. Terapia kabozantynibem

- 1) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytywanej jodu lub progresji pomimo wychwyty jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii, u pacjentów, u których stwierdzono progresję choroby w czasie poprzedniego leczenia systemowego lub po jego zakończeniu;
- 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitora kinaz tyrozynowych;
- 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *kabozantynibem* w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji (ogólne i szczegółowe) do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia kabozantynibem

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie w surowicy krwi stężenia:
 - a) bilirubiny,
 - b) kreatyniny,
 - c) transaminaz (AspAT, AlAT),
 - d) wapnia,
 - e) TSH;
- 3) oznaczenie białka w moczu;
- 4) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;
- 5) EKG;
- 6) KT lub MR odpowiedniego obszaru ciała;
- 7) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się co 4 tygodnie.

Badania obrazowe (monitorowanie skuteczności leczenia) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni, a w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych.

Ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby.

1. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;
- 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤ 5 , włączając w to progresję w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;
- 4) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;
- 5) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 wg ECOG;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona (LEMS), u których przeprowadzono komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie. Rozpoznanie LEMS potwierdza dodatni wynik przeciwciała przeciwko VGCC lub wykazanie cech LEMS w elektrostymulacyjnej próbie męczliwości pod postacią znamiennego torowania.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Zalecana dawka początkowa wynosi 15 mg na dobę podawana doustnie. Następnie dawkę można zwiększyć o 5 mg co 4-5 dni do maksymalnej dawki: 60 mg na dobę. Dawka pojedyncza nie powinna być większa niż 20 mg.</p> <p>1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby:</p> <p>a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę;</p> <p>b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę).</p> <p>Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni.</p> <p>1.3. W wyjątkowych okolicznościach dopuszcza się stosowanie maksymalnej dawki 80 mg na dobę. Zwiększanie dawki z 60 mg do 80 mg na dobę powinno następować o 5 mg co 7 dni.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AIAT; 3) AspAT; 4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny); 5) USG lub TK jamy brzusznej; 6) oznaczenie przeciwciał anti-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 7) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); 8) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 9) badanie EKG; 10) oznaczenie stężenia kreatyniny. <p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu.</p> <p>1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:</p>

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) ciąża i karmienie piersią;
- 2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu;
- 3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna);
- 4) padaczka;
- 5) niewyrównana astma oskrzelowa;
- 6) jednoczesne stosowanie sultoprydu;
- 7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT;
- 8) występowanie wrodzonego zespołu QT.

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) AIAT;
- 3) AspAT;
- 4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);
- 5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);
- 6) badanie EKG;
- 7) oznaczenie stężenia kreatyniny.

2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 3) AIAT;
- 4) AspAT;
- 5) badanie EKG;
- 6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.

3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

		<p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10:D 84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do terapii berotralstatem lub lanadelumabem</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II; 2) wiek od 12 roku życia; 3) udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 6 ataków z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy. <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci powyżej 12 roku życia, którzy byli leczeni skutecznie berotralstatem lub lanadelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań</p>	<p>1. Dawkowanie lanadelumabu</p> <p>Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie.</p> <p>U pacjentów z dobrą kontrolą choroby (brak objawów HAE przez więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie.</p> <p>W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Do tego czasu pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stężenie inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 2) aktywność inhibitora C1 esterazy we krwi - badanie wymagane gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 3) stężenie składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni); 4) stężenie składowej C1q dopełniacza - badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni). Dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40 roku życia; 5) morfologia krwi; 6) badanie ogólne moczu; 7) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); 8) oznaczenie INR; 9) oznaczenie poziomu: <ol style="list-style-type: none"> a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT),

<p>klucznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Kryteria wyłączenia z terapii berotralstatem lub lanadelumabem</p> <p>Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem lub berotralstatem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ciąża lub karmienie piersią: <ol style="list-style-type: none"> a) lanadelumab - lekarz prowadzący w porozumieniu z Zespołem Koordynacyjnym może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia w przypadkach gdy przerwanie leczenia będzie nieść ze sobą wyższe ryzyko działań niekorzystnych, niż kontynuacja leczenia, b) berotralstat - wyłączenie z programu na czas ciąży lub karmienia piersią; 2) podczas 6 miesięcznej terapii średnia miesięczna występowania zagrażających życiu ataków nie zmniejszyła się o co najmniej 50% w stosunku do średniej częstości ataków w półrocznym okresie poprzedzającym leczenie; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na berotralstat, lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą. <p>3. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię HAE danego pacjenta.</p> <p>2. Dawkowanie berotralstatu</p> <p>Zalecana dawka u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat o masie ciała ≥ 40 kg to 150 mg berotralstatu raz na dobę.</p> <p>Berotralstat przyjmowany jest w warunkach domowych, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, po przeszkoleniu pacjenta w zakresie prawidłowego stosowania oraz rozpoznawania działań niepożądanych.</p>	<ol style="list-style-type: none"> b) aminotransferazy alaninowej (AlAT), c) bilirubiny całkowitej; d) fosfatazy alkalicznej- dla berotralstatu, e) kreatyniny (eGFR)- dla berotralstatu, <ol style="list-style-type: none"> 10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 11) EKG- w przypadku wskazań klinicznych, dla berotralstatu. <p>Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia berotralstatem lub lanadelumabem</p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny, na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie elektronicznym karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi; 2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); 3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita; 4) fosfataza alkaliczna- dla berotralstatu; 5) kreatynina (eGFR)- dla berotralstatu; 6) oznaczenie INR; 7) badanie ogólne moczu- dla berotralstatu; 8) EKG- w przypadku wskazań klinicznych, dla berotralstatu;
--	--	--

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią.

4. Zamiana terapii

W razie wskazań klinicznych lekarz prowadzący, w porozumieniu z Zespołem Koordynującym ds. Chorób Ultrazadkowych, może podjąć decyzję o zmianie terapii z zastosowanego leku na inny dostępny w ramach programu (z lanadelumabu na berotralstat lub z berotralstatu na lanadelumab), z zachowaniem ciągłości leczenia, bez konieczności ponownej kwalifikacji, o ile spełnienie kryteriów zostało już uprzednio potwierdzone.

9) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego.

Badania wykonuje się co 6 miesięcy.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- a) częstość występowania ataków oraz ich ciężkość,
- b) konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego.

Dane gromadzone są w systemie elektronicznym i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ - w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2 (częstość występowania ataków, konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej,

		zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA WILSONA (ICD-10: E83.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie choroby Wilsona; 2) wiek ≥ 5 lat; 3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i> i <i>siarczanem cynku</i>; 4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i>. <p>Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie fizykalne; 2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne); 3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera; 4) badanie ogólne moczu; 5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem; 7) czas protrombinowy (PT); 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT)); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby; 12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kaysera Fleischera. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:</p>

3. Kryteria wyłączenia

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych;
- 2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;
- 3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;
- 4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu;
- 5) karmienie piersią;
- 6) brak skuteczności leczenia, w tym brak poprawy neurologicznej, definiowany jako utrzymanie stanu w skali UWDRS po 6 – 12 miesiącach leczenia lub brak istotnej poprawy parametrów uszkodzenia wątroby po 6-12 miesiącach leczenia;
- 7) poprawa kliniczna utrzymująca się przez co najmniej 6 miesięcy (w zakresie neurologicznym w skali UWDRS lub ustąpienie innych niż neurologiczne objawów choroby wraz z istotną poprawą parametrów definiujących czynność wątroby) powinna być podstawą do ponownej próby włączenia leczenia standardowego - brak ponownej próby włączenia leczenia standardowego wymaga uzasadnienia w historii choroby.

- 1) badanie fizykalne;
- 2) badanie neurologiczne;
- 3) badanie ogólne moczu;
- 4) morfologia;
- 5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem;
- 6) czas protrombinowy (PT);
- 7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);
- 8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);
- 9) aminotransferaza alaninowa (AlAT);
- 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;
- 11) USG wątroby.

Badania przeprowadzone raz w roku:

- 1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej.

Ponadto w ramach monitorowania wykonuje się badanie MRI głowy w przypadku pogorszenia neurologicznego oraz przed zakończeniem leczenia.

W szczególnych przypadkach np. chorób nerek, małych dzieci czy obawy o niestosowanie się pacjenta do zaleceń monitorowanie pacjenta może odbywać się z większą częstotliwością, a terminy wykonania badań laboratoryjnych należy dostosowywać do potrzeby.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie

		<p>monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY (ICD-10: L20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>dupilumabem</i>, 2) <i>upadacytynibem</i>, 3) <i>baricytynibem</i>, 4) <i>tralokinumabem</i>, 5) <i>abrocycytynibem</i>, 6) <i>lebrykizumabem</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wieku <ol style="list-style-type: none"> a) wiek 6 miesięcy i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii <i>dupilumabem</i>, albo b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii <i>upadacytynibem</i> albo <i>tralokinumabem</i> albo <i>abrocycytynibem</i> albo <i>lebrykizumabem</i>, 	<p>1. Dawkowanie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>dupilumab</i> maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), a następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie, podawane we wstrzyknięciach podskórnych; 2) <i>upadacytynib</i> maksymalna dawka wynosi 30 mg raz na dobę; 3) <i>baricytynib</i> maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę; 4) <i>tralokinumab</i> maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg, a następnie dawka 300 mg podawana co dwa tygodnie drogą wstrzyknięcia podskórnego; 5) <i>abrocycytynib</i> maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę; 6) <i>lebrykizumab</i> maksymalna dawka wynosi 500 mg zarówno w tygodniu 0. jak i tygodniu 2., a następnie 250 mg podawane podskórnym co dwa tygodnie, do tygodnia 16. Stan niektórych pacjentów z początkową częściową odpowiedzią na leczenie może się dodatkowo poprawić 	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi, c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) – w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>, 3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>: <ol style="list-style-type: none"> a) obecność antygenu HBs, b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową,

<p>albo</p> <p>c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii <i>baricytynibem</i>;</p> <p>2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI\geq20) u pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy i kwalifikują się do leczenia ogólnego oraz, w przypadku osób powyżej 6 r.ż., u których leczenie ogólne lub fototerapia nie były skuteczne, a w przypadku osób powyżej 12 r.ż. spełniają jedno z poniższych kryteriów:</p> <p>a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej lub - przeciwskazania do stosowania immunosupresyjnej terapii ogólnej, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub - wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie immunosupresyjnej terapii ogólnej, <p>b) u osób w wieku 18 lat i powyżej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niepowodzenie leczenia <i>cyklosporyną</i>, lub - przeciwskazania do stosowania <i>cyklosporyny</i>, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub - wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia <i>cyklosporyną</i>; <p>3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p>	<p>dzięki kontynuacji leczenia co drugi tydzień, do tygodnia 24. Po uzyskaniu odpowiedzi klinicznej zalecana dawka podtrzymująca lebrykizumabu wynosi 250 mg co cztery tygodnie.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych</p> <p>Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz</p>	<p>c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – tylko w przypadku <i>upadacytynibu</i> albo <i>baricytynibu</i> albo <i>abrocytynibu</i>;</p> <p>4) badanie ogólne moczu;</p> <p>5) RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 miesięcy do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);</p> <p>6) EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);</p> <p>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocytynibem</i>;</p> <p>8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;</p> <p>10) ocena jakości życia wg DLQI u osób \geq 18 r.ż., u osób od 4 r.ż. do 18 r.ż. skalą CDLQI, a u osób od 6 mies. do poniżej 4 lat skalą IDQOL;</p> <p>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania, a następnie co 3 miesiące (+/- 14 dni):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika we krwi, c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
---	---	--

<p>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>6) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym;</p> <p>7) brak aktywnego zakażenia pasożytniczego lub infekcji, która w opinii lekarza jest przeciwwskazaniem do terapii - dotyczy <i>dupilumabu</i>;</p> <p>8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>Lekarz prowadzący może w każdym momencie czasowym przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną.</p> <p>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia</p>	<p>rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię atopowego zapalenia skóry danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem albo baricytynibem albo abrocycytynibem;</p> <p>3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>4) ocena skuteczności zastosowanej terapii:</p> <p>a) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI,</p> <p>b) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., u osób od 4 r.ż. do 18 r.ż. skalą CDLQI, a u osób od 6 mies. do poniżej 4 lat skalą IDQOL.</p> <p>2.2. Monitorowania skuteczności leczenia dokonuje się:</p> <p>1) po 16 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym,</p> <p>2) po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym,</p> <p>3) nie rzadziej niż co 6 miesięcy w przypadku leczenia pacjenta w programie lekowym powyżej 26 tygodni.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków</p>
---	--	--

pacjenta. Miernikiem nieadekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie łącznie wymienionych kryteriów:

- a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI),
oraz
 - b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI/CDLQI/IDQOL o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji,
oraz
 - c) w przypadku leczenia *dupilumabem* osób w wieku od 6 do 11 lat brak kwalifikacji do zwiększenia dawki;
- 2) w przypadku osób w wieku od 6 do 11 lat, u których zwiększono dawkę, brak odpowiedzi ocenianej po maksymalnie 52 tyg. leczenia *dupilumabem* rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI);
 - 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
 - 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
 - 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
 - 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
 - 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;

osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii.

Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdego kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdego kolejnych 12 miesięcy.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia opisanych w pkt 2.1., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

8) ciąża lub laktacja.

4. Ponowne włączenie do programu

- 1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej ujętej w programie lekowym i zastosowanej zgodnie z treścią programu z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta;
- 2) do programu mogą zostać włączane, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu z powodu ciąży lub laktacji, które w momencie wyłączenia nie spełniały innych kryteriów wyłączenia z programu. Pacjentki te w momencie ponownego włączania do programu nie mogą spełniać żadnego z kryteriów wyłączenia.

LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO RAKA SKÓRY (ICD-10: C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W programie finansuje się leczenie immunologiczne <i>cemiplimabem</i>.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii; 2) wiek ≥ 18 roku życia; 3) stopień sprawności 0 – 2 według skali ECOG; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Zalecana dawka <i>cemiplimabu</i> wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym niesekcyjnym; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie TSH i FT4; 9) test na HCV, HBV; 10) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym całej skóry wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;

- 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
- 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL
- 9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO);
- 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;

- 13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) oznaczenie TSH i FT4;
- 7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);
- 8) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9 – 12 tygodni.

3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia

- 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu musi być widoczna skala);
- 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy – progresję choroby stwierdza się w przypadku:

<p>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną;</p> <p>6) związane z leczeniem pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:</p> <ul style="list-style-type: none">a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),b) niestosowanie się do zaleconego schematu dawkowania;c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		<p>a) zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20%</p> <p>lub</p> <p>b) pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej.</p> <p>Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO).</p> <p>W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none">a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p>
---	--	---

		<p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z AUTOSOMALNIE DOMINUJĄCĄ POSTACIĄ ZWYRODNIENIA WIELOTORBIELOWATEGO NEREK (ICD-10: Q61.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji (łącznie)</p> <p>1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine);</p> <p>2) wiek ≥ 18. roku życia;</p> <p>3) szybka progresja choroby definiowana jako:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) zmniejszenie eGFR ≥ 5 ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m²,</p> <p style="padding-left: 20px;">lub</p> <p style="padding-left: 20px;">b) zmniejszenie eGFR $\geq 2,5$ ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m²,</p> <p style="padding-left: 20px;">lub</p> <p style="padding-left: 20px;">c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV $> 5\%$ na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV > 750 ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki $> 16,5$ cm w badaniu USG.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) eGFR;</p> <p>2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG;</p> <p>3) stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>4) aktywność AIAT, AspAT;</p> <p>5) stężenie elektrolitów w surowicy.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AIAT, AspAT;</p> <p>2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR;</p> <p>3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwwskazania do tego badania;</p> <p>4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p>

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny;
- 2) zwiększona aktywność enzymów wątrobowych lub przedmiotowe lub podmiotowe objawy uszkodzenia wątroby, które spełniają kryteria przerwania na stałe leczenia tolwaptanem określone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 3) uzyskanie eGFR<15ml;
- 4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia;
- 5) hipernatremia;
- 6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego;
- 7) ciąża lub karmienie piersią.

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIEJĄ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej; 3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) liczba płytek krwi $\leq 30\ 000/\mu\text{l}$; 5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni eltrombopagiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w pkt. 3.</p>	<p>1. Dawkowanie eltrombopagu</p> <p>Leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki 50 mg raz na dobę. U pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki wynoszącej 25 mg raz na dobę.</p> <p>Osiągnięcie odpowiedzi hematologicznej wymaga stopniowego zwiększania dawki, na ogół do wysokości 150 mg, co może zająć do 16 tygodni od rozpoczęcia leczenia eltrombopagiem. Dawkę należy dostosowywać, w razie konieczności zwiększając ją o 50 mg co 2 tygodnie, aby uzyskać liczbę płytek krwi $\geq 50\ 000/\mu\text{l}$. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita); 3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS; 4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja; 5) badanie okulistyczne; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: <ol style="list-style-type: none"> a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita). W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji, b) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: <ol style="list-style-type: none"> a) wykonywane co 1 miesiąc;

<p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia; 3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem; 4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii; 5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh ≥ 5; 6) istotne zwiększenie się aktywności AlAT ($\geq 3 \times$ GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem $\geq 3 \times$ wartość wyjściowa lub $> 5 \times$ GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: <ol style="list-style-type: none"> a) będzie narastać albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośrednio, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 7) ciąża; 8) karmienie piersią. 	<p>wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym niezależnie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości $< 30\ 000/\mu\text{l}$, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do $< 9\ \text{g/dl}$ lub całkowita liczba neutrofilii wyniesie $< 0,5 \times 10^9 /\text{l}$, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce.</p> <p>Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem, – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji); <ol style="list-style-type: none"> 3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: <ol style="list-style-type: none"> a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznymi trepanobiopsja (z oceną włóknienia); 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników: <ul style="list-style-type: none"> – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie wykonywane co 3 miesiące: <ol style="list-style-type: none"> a) okresowa kontrola okulistyczna; 6) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym po 3 miesiącach leczenia, a następnie biopsja aspiracyjna szpiku kostnego zbadaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych
---	---	--

		do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ PORFIRIĘ WĄTROBOWĄ (AHP) U DOROSŁYCH I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 12 LAT (ICD-10: E80.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, po 6 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapię:</p> <p><i>1) giwosyranem sodowym</i></p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek ≥ 12 lat; udokumentowana diagnoza ostrej porfirii wątrobowej (AIP – ostra porfiria przerywana, HCP – dziedziczna koproporfiria, VP – porfiria mieszana, ADP – porfiria z niedoborem dehydratazy kwasu aminolewulinowego) na podstawie stanu klinicznego, co najmniej 1 udokumentowana wartość porfobilinogenu (PBG) lub delta-kwasu aminolewulinowego (ALA) w moczu lub osoczu $\geq 4 \times$ górna granica normy (GGN) 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Maksymalna dawka giwosyranu sodowego wynosi 2,5 mg/kg m.c. raz na miesiąc we wstrzyknięciu podskórnym.</p> <p>Czasowe wstrzymanie leczenia oraz sposób podawania, w tym ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu pomiędzy dawkami, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub aktualną wiedzą medyczną.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca; badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym, badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna), badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia), koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); badanie ogólne moczu; w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi; ALA i PBG w moczu; badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego

w ciągu ostatniego roku przed kwalifikacją do programu lub w jego trakcie oraz jedno z poniższych:

- a) udokumentowana obecność genetycznych mutacji w genie związanym z ostrą porfirią wątrobową (AHP), zdefiniowanym jako dowolny z poniższych:
 - AIP: mutacja w genie *HMBS*,
 - HCP: mutacja w genie *CPOX*,
 - VP: mutacja w genie *PPOX*,
 - ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych ALAD,
- b) cechy kliniczne pacjenta oraz diagnostyczne kryteria biochemiczne wskazujące na AHP, nawet jeżeli jeśli wyniki badań genetycznych pacjenta nie wykazały mutacji w genie związanym z porfirią (<5%);
- 3) aktywna choroba, z co najmniej 2 atakami porfirii wymagającymi hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu;
- 4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod

wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA, i HCV (anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku HCV RNA);

7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Raz na miesiąc:

- 1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;
- 2) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, lipaza, amylaza, ferrytyna)- badania przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;
- 3) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia)- przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;
- 4) badania krzepliwości krwi: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) - przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne.

2.2. Raz na 6 miesięcy:

- 1) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12;
- 2) poziom ALA i PBG w moczu.

2.3. Raz na rok:

- 1) pełna ocena skuteczności terapii:

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia umożliwiającego leczenie w programie, które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą albo laktacją i które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu a) albo b) poniżej;
 - a) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 6 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
 - b) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 12 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
- 2) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego;
- 3) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia;

- a) roczny wskaźnik napadów porfirii (AAR) w postaci napadów wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych,
- b) liczba dni stosowania heminy rocznie,
- c) poziom ALA i PBG w moczu,
- d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 12 miesięcy, w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii (pkt. 2.3).;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">4) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;5) obecność chorób lub stanów klinicznych, które w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;7) okres ciąży lub karmienia piersią – zgodnie z aktualną ChPL;8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. | | |
|---|--|--|

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNĄ HIPEROKSALURIĘ TYPU 1 (ICD-10: E74.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzenie choroby PHI badaniem molekularnym; 2) przewlekła choroba nerek w stadium I-III (eGFR > 30 ml/min/1,73m²); 3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem $\geq 0,70$ mmol /1,73 m²/24h ; 4) brak efektywności terapii witaminą B₆ (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem $\geq 30\%$ w okresie co najmniej 3- miesięcznym; 5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego. <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Stosowanie produktu leczniczego Oxlu mo obejmuje dawki nasycające podawane raz w miesiącu przez 3 miesiące, a następnie dawki podtrzymujące podawane po miesiącu od ostatniej dawki nasycającej, zależne od masy ciała:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) masa ciała poniżej 10 kg: <ul style="list-style-type: none"> – dawka nasycająca 6 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz w miesiącu; 2) masa ciała od 10 kg do mniej niż 20 kg: <ul style="list-style-type: none"> – dawka nasycająca 6 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 6 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące; 3) masa ciała 20 kg i więcej: <ul style="list-style-type: none"> – dawka nasycająca 3 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące. <p>Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar wzrostu i masy ciała; 2) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym; 3) badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT; 4) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV; 5) ocena laboratoryjna: <ol style="list-style-type: none"> a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m²/24h), b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej, c) badanie ogólne moczu; 6) USG układu moczowego. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Po pierwszych sześciu miesiącach leczenia, lekarz dokonywać będzie oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie.</p>

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu

- 1) eGFR < 30 ml/min/1,73m²;
- 2) klinicznie istotne nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);
- 3) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C;
- 4) przeszczepienie nerki lub wątroby;
- 5) nietolerancja wstrzyknięć podskórnych;
- 6) ciąża;
- 7) karmienie piersią;
- 8) odmowa stosowania antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym;
- 9) historia nadużywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub niemożność lub niechęć do ograniczenia spożycia alkoholu w trakcie leczenia;
- 10) wcześniejsze leczenie lumazyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni lumazyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).

3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);

2.1. Badania co 3 miesiące:

- 1) pomiar wzrostu (pacjenci pediatryczni) i masy ciała;
- 2) ocena laboratoryjna:
 - a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m²/24h),
 - b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej,
 - c) badanie ogólne moczu,
 - d) USG układu moczowego, w przypadku uznania za konieczne przez lekarza prowadzącego.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:

- 2) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako brak redukcji wydalania szczawianów z moczem >30% w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych;
- 3) osiągnięcie stadium IV lub V PChN (eGFR<30 ml/min/1,73m²);
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek;
- 5) ciąża;
- 6) karmienie piersią;
- 7) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C.

- a) procentowa zmiana dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol/1,73m²/24h),
 - b) zmiana funkcji nerek za pomocą oceny współczynnika eGFR.
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBA CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8; 4) brak czynnego zakażenia WZW B; 5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych: <ol style="list-style-type: none"> a) całkowita liczba neutrofilów $\geq 1,0 \times 10^9/l$, b) liczba płytek $\geq 50 \times 10^9/l$, c) hemoglobina $< 170 \text{ g/l}$ ($10,6 \text{ mmol/l}$); 6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji; 7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie. <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>siltuksymabem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie <i>siltuksymabu</i> zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin; 2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR); 3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny; 4) badania w kierunku zakażenia HIV (test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anti-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR); 5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA); 6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi); 7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych</p>

2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu.

Leczenie *siltuksymabem* powinno być wstrzymane, jeśli pacjent ma ciężkie zakażenie lub jakiegokolwiek toksyczne działanie niehematologiczne i może być wznowione w tej samej dawce po wyleczeniu.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *siltuksymab* lub którykolwiek ze składników preparatu;
- 2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO;
- 3) utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost nasilenia (≥ 2 . stopnia) objawów związanych z chorobą;
- 4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu ≥ 3 . stopnia;
- 5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez ≥ 3 tygodnie wzrost o > 1 punkt w skali ECOG;
- 6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano;
- 7) ciąża i laktacja.

zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN).

- 1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC;
- 2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0;
- 3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin;
- 4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR);
- 5) aktywność AspAT, AIAT;
- 6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa).

Badania wykonuje się:

- 1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;
- 2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;
- 3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;
- 4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

		<p>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

ZAPOBIEGANIE REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U SEROPOZYTYWNYCH WZGLĘDEM CMV PACJENTÓW, KTÓRZY BYLI PODDANI ZABIEGOWI PRZESZCZEPIENIA ALLOGENICZNYCH KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH (ICD-10: C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego pediatrycznym i dorosłym pacjentom, seropozytywnym względem CMV, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT) udostępnia się terapię:</p> <p>1) <i>letermowirem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pediatryczny lub dorosły biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT); 2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią (dotyczy kobiet w wieku rozrodczym); 	<p>1. Dawkowanie leku</p> <p>1.1. letermowir</p> <p>1.1.1. dorośli pacjenci: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg lub 480 mg podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>1.1.2. pediatryczni pacjenci Pacjenci o masie ciała (mc.) >30 kg: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg (w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny) lub 480 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>Pacjenci o mc. 18-30 kg: 50% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 120 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 240 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie statusu serologicznego CMV IgG i IgM biorcy; 2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi, c) oznaczenie INR, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) określenie skali Child-Pugh; 3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR. <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. pediatryczni pacjenci</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru:

- 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
- 7) nieobecność ciężkiego (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby;
- 8) nieobecność umiarkowanego zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępującego umiarkowanego (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m²) lub ciężkiego (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m²) zaburzenia czynności nerek.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu.

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki można kontynuować maksymalnie do 100 dni po przeszczepieniu.

doustnie raz na dobę.

Pacjenci o mc. <18 kg: 25% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 60 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 120 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę.

Tabletkę należy podzielić lub rozkruszyć, aby podać ilość odpowiadającą ww. dawce.

2. Modyfikacja dawkowania leku

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru – ilościowe badanie CMV DNA – stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
 - a) wystąpienie klinicznie istotnej infekcji CMV,
 - b) konieczność rozpoczęcia terapii wyprzedzającej;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie, nie dotyczy to wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej);
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENE PRZEWLEKŁĄ (ICD-10: G43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) toksyna botulinowa typu A 2) eptinezumab 3) erenumab 4) fremanezumab <p>W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A.</p> <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. <i>International Classification of Headache Disorders</i>, ICHD); 	<p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>1. Toksyna botulinowa</p> <p>Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j.</p> <p>Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku.</p> <p>2. Eptinezumab</p> <p>100 mg eptinezumabu podane w infuzji dożylniej co 12 tygodni.</p> <p>3. Erenumab</p>	<p>1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego; 2) badanie fizykalne – neurologiczne; 3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy; 4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości; 5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS. <p>2. Badania podczas monitorowania leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (\pm 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego; 2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta; 3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.

<p>3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:</p> <p>a) topiramatu – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),</p> <p>b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę,</p> <p>c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę</p> <p>lub</p> <p>przeciwwskazanie do stosowania</p> <p>lub</p> <p>brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych;</p> <p>Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.</p> <p>4) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>5) brak wcześniejszego leczenia toksyną botulinową typu A we wskazaniu migrena przewlekła (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego);</p>	<p>140 mg erenumabu we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie.</p> <p>4. Fremanezumab</p> <p>225 mg fremanezumabu we wstrzyknięciu podskórnym raz na miesiąc lub 675 mg fremanezumabu raz na trzy miesiące.</p>	<p>W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych parametrów koniecznych do oceny bólów głowy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) liczba dni z bólem głowy, 2) typ bólu głowy, 3) natężenie bólu, 4) czas trwania, 5) objawy towarzyszące, 6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych, 7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących). <p>2. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia

1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem)

- 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia;
- 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorder*, ICHD);
- 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:
 - a) topiramatu – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),

b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę,

c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę

lub

przeciwwskazanie do stosowania

lub

brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych;

Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.

4) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie po 3 pierwszych podaniach toksyny botulinowej (w dniu planowanego czwartego podania), definiowany jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu względem wartości początkowej o mniej niż 50%)

albo

nawrót migreny przewlekłej stwierdzony w wyniku finalnej oceny leczenia toksyną botulinową (ocena dokonywana jest nie wcześniej niż po 12-16 tyg. od ostatniego podania leku, ale nie później niż 6 miesięcy)

albo

nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego

albo

przeciwwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

- 5) brak wcześniejszego leczenia lekami anty-CGRP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego;
- 6) wykluczenie przeciwwskazań określonych w odpowiednich aktualnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;
- 7) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia.

2. Kryteria ponownej kwalifikacji do programu

Pacjent do programu lekowego może być ponownie zakwalifikowany tylko jeden raz.

2.1. Po zakończeniu leczenia toksyną botulinową typu A i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej.

Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz

może zdecydować o ponownym podawaniu toksyny botulinowej typu A.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

2.2. Po zakończeniu leczenia lekiem anty-CGRP i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej.

Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu leku anty-CGRP.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:

3.1. W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregośkolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej.

Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem)

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A.

3.2. W II linii leczenia okres podawania eptinezumabem albo erenumabu albo fremanezumabu w programie wynosi 12 miesięcy. Odpowiedź na leczenie jest definiowana po 12 tygodniach leczenia poprawą jakości życia mierzoną skalą MIDAS oraz jako redukcja o co najmniej

- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej.

Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu.

W przypadku nietolerancji zastosowanego leku anty-CGPR (zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) istnieje możliwość zmiany leku na inny wymieniony w programie lek anty-CGPR. Zmiany można dokonać nie później niż do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia lekiem anty-CGPR.

Po zakończeniu leczenia pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy;
- 2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych;

Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej

- 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej sprzed leczenia.

- | | | |
|---|--|--|
| <p>3) pogorszenie lub brak zmiany w jakości życia, mierzone skalą MIDAS, stwierdzone i zweryfikowane podczas wizyt monitorujących;</p> <p>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku.</p> | | |
|---|--|--|

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA ŚRÓDMIAŻSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nintedanibem pacjentom z chorobą śródmiąższową płuc: <ul style="list-style-type: none"> – przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD), – związanej z twardziną układową (SSc-ILD), 2) Rytuksymabem pacjentom z chorobą śródmiąższową płuc (ośrodki reumatologiczne) <ul style="list-style-type: none"> – przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD) w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej, – związanej z twardziną układową (SSc-ILD), 3) Tocilizumabem pacjentom z chorobą śródmiąższową płuc (ośrodki reumatologiczne): <ul style="list-style-type: none"> – związanej z twardziną układową (SSc-ILD), <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Nintedanib</p> <p>Maksymalna dawka dobową: 300 mg,</p> <p>W przypadku pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową, u których mykofenolan mofetylu jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, nintedanib należy podawać w skojarzeniu z mykofenolanem mofetylu w rekomendowanej dawce. Mykofenolan mofetylu, jeśli jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, powinien być kontynuowany także po wstrzymaniu terapii nintedanibem.</p> <p>Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które są wskazane i wymagane u danego pacjenta z uwagi na układową chorobę tkanki łącznej, w tym twardziny układowej, zgodnie z rekomendacjami</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) (do decyzji lekarza), 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), 3) badanie morfologii krwi z rozmazem (u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów), 4) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy, 5) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy, 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT), 8) oznaczenie stężenia NT-proBNP (do decyzji lekarza) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 9) oznaczenie stężenia czynnika reumatoidalnego RF – dotyczy kwalifikacji do leczenia PF-ILD, 10) oznaczenie miana p/ciał aCCP (dotyczy kwalifikacji do PF-ILD),

<p>Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody jednego z Zespołów, o którym mowa powyżej.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej, 2) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR), 3) $FVC \geq 40\%$ wartości należnej, 4) pojemność dyfuzyjna płuc TLco powyżej 30% wartości należnej, 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym, 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktów Leczniczych (ChPL) – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym, 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań umożliwiającą w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii, 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne ChPL, 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL. 	<p>i aktualną wiedzą medyczną należy do lekarza reumatologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.</p> <p>Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które jest wskazane i uznane za odpowiednie u danego pacjenta zgodnie z rekomendacjami lub aktualną wiedzą medyczną z uwagi na chorobę śródmiąższową płuc, należy do lekarza pulmonologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.</p> <p>U pacjentów, u których leczenie mykofenolanem mofetylu nie jest dobrze tolerowane lub jest przeciwwskazane oraz leczenie innymi lekami immunosupresyjnymi nie jest wskazane lub jest przeciwwskazane lub nie jest dobrze tolerowane, nintedanib zgodnie z decyzją lekarza reumatologa lub pulmonologa prowadzącego leczenie, może być podawany w monoterapii.</p> <p>1.2. Rytuksymab</p> <p>Cykl leczenia rytuksymabem składa się z dwóch infuzji dożylnych po 1000 mg każda podawanych w odstępie 2 tygodni. Kolejne cykle, w zależności od odpowiedzi klinicznej, mogą być podawane w odstępie nie krótszym niż 6 m-cy od podania drugiej infuzji poprzedniego</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11) oznaczenie miana p/ciał c-ANCA i p-ANCA (dotyczy kwalifikacji do PF-ILD), 12) oznaczenie miana p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF, a w przypadku wyniku dodatniego oznaczenie profilu ANA, 13) oznaczenie profilu ANA obejmującego min. anty-Sc1-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III - dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 14) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza), 15) badanie kapilaroskopowe – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 16) badanie elektrokardiograficzne (EKG), 17) badanie ECHO serca, 18) badanie spirometryczne (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją), 19) badanie wskaźnika transferu płucnego dla CO (TLco) (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją), 20) badanie TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją), 21) badanie gazometrii krwi lub pulsoksymetria, 22) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza), 23) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym), 24) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia nintedanibem: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy, b) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT), c) oznaczenie wskaźnika INR, 25) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia rytuksymabem:
--	---	--

<p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia:</p> <p>1.2.1. pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową nintedanibem lub rytuksymabem lub tocilizumabem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR, 2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów a-c: <ol style="list-style-type: none"> a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano: <ul style="list-style-type: none"> – spadek wartości FVC o co najmniej 10%, lub – spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, pomimo terapii mykofenolanem mofetylu lub cyklofosfamidem, jeśli ich zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące ich stosowania, z których każdy stosowany był zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, lub b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej, lub c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc. 	<p>cyklu.</p> <p>W sytuacjach szczególnych, za zgodą Zespołu Koordynacyjnego, dopuszcza się możliwość prowadzenia terapii skojarzonej rytuksymab + nintedanib.</p> <p>1.3. Tocilizumab</p> <p>Tocilizumab w postaci dożylniej należy podawać we wlewie dożylnym co 4 tygodnie w dawce nie większej niż 8 mg/kg masy ciała.</p> <p>Zalecana maksymalna dawka tocilizumabu w postaci podskórnej wynosi 162 mg, podawane podskórnie raz w tygodniu.</p> <p>Ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu między podaniami leku prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną lub rekomendacjami.</p> <p>W sytuacjach szczególnych, za zgodą Zespołu Koordynacyjnego, dopuszcza się możliwość prowadzenia terapii skojarzonej tocilizumab + nintedanib.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<ol style="list-style-type: none"> a) test IGRA, b) oznaczenie antygeny HBs, c) oznaczenie przeciwciał anti-Hbc, d) oznaczenie przeciwciał anti-HCV, e) oznaczenie antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo), f) oznaczenie stężenia IgG, IgM, IgA, <p>26) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia tocilizumabem:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) test IGRA, b) oznaczenie antygeny HBs, c) oznaczenie przeciwciał anti-Hbc, d) oznaczenie antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo), e) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania laboratoryjne <ol style="list-style-type: none"> a) badanie morfologii krwi z rozmazem (u pacjentów leczonych tocilizumabem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów), b) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT), e) dodatkowo w przypadku leczenia nintedanibem: <ul style="list-style-type: none"> – oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy, – oznaczenie wskaźnika INR,
--	--	---

1.2.2. pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD) nintedanibem lub rytuksymabem:

1) rozpoznanie w przypadku nintedanibu:

a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych,
lub

b) przewlekłego zapalenia płuc z nadwrażliwości lub sarkoidozy lub idiopatycznego niespecyficznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanego idiopatycznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanej śródmiąższowej choroby płuc zgodnie z aktualnymi rekomendacjami (ustalonym w ośrodkach pulmonologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc,

2) rozpoznanie w przypadku rytuksymabu:

a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych,

3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów a-c:

a) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano w okresie ostatnich 24 m-cy:

– spadek wartości FVC o co najmniej 10%,

lub

– oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT),

f) dodatkowo w przypadku leczenia rytuksymabem:

– oznaczenie stężenia IgG, IgM, IgA,

g) dodatkowo w przypadku leczenia tocilizumabem:

– oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów.

Wymienione badania powinny być wykonywane po 1 miesiącu (± 15 dni), po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia nintedanibem lub po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem lub po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia tocilizumabem.

Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe należy powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 3 miesiące).

2) badania czynnościowe układu oddechowego:

a) badanie spirometryczne,

b) badanie wskaźnika transferu płucnego dla CO (TLco),

c) badanie gazometrii krwi lub pulsoksymetria.

Wymienione badania powinny być wykonywane po każdym 12 miesiącach (± 3 miesiące) od rozpoczęcia leczenia.

3) badanie obrazowe płuc:

a) badanie TKWR klatki piersiowej.

Badanie należy wykonać po 12 miesiącach (± 3 miesiące) od rozpoczęcia leczenia. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania należy do lekarza prowadzącego;

– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz spadek wartości TLCO o co najmniej 15%,

lub

– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR,

lub

– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz nasilenie objawów klinicznych,

lub

– progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR oraz nasilenie objawów klinicznych,

pomimo stosowania leczenia uznawanego za odpowiednie lub rekomendowanego dla danej postaciILD, jeśli jego zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania, które stosowane było przez okres co najmniej 3–6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, lub w razie braku odpowiedniego lub rekomendowanego leczenia bezpośrednio po stwierdzeniu fenotypu postępującego włóknienia

lub

b) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej,

lub

c) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.

4) badania układu krążenia:

a) badanie elektrokardiograficzne (EKG) po każdym 6 miesiącach (± 3 miesiące),

b) badanie ECHO serca po każdym 12 miesiącach (± 3 miesiące).

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny co 12 miesięcy. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym chorych na chorobę śródmiąższową płuc w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, który podsumowuje wyniki leczenia chorych na śródmiąższowe choroby płuc nie związane z chorobą układową tkanki łącznej na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu przedstawionymi w punkcie 3.

W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

W przypadku przerwy w leczeniu wynoszącej 6 miesięcy i więcej, schemat monitorowania (kolumna III pkt 2 podpunkty 1-4) należy ponowić jak w przypadku pacjentów rozpoczynających terapię.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie definiowany jako bezwzględne obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy (± 3 miesiące) leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach (± 3 miesiące), potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni,
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia,
- 3) okres ciąży lub karmienia piersią,

aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt.2;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynacyjnego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia,
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania,
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, lub rytuksymabem lub tocilizumabem zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z powodu stabilizacji procesu chorobowego, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji,
- 2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. Ponowne włączenie pacjenta do leczenia w programie nie wymaga wykonania badań kwalifikacyjnych. Decyzję o ponownym włączeniu podejmuje Zespół Koordynacyjny lub lekarz prowadzący,
- 3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania substancji czynnej finansowanej w programie z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 3.1, jeśli w opinii

lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem lub rytuksymabem lub tocilizumabem może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta z powodu szybszej progresji choroby, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc o wyrażenie zgody na ponowne włączenie pacjenta do programu lekowego. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego ponowne zastosowanie substancji czynnej, podczas leczenia którą stwierdzono brak adekwatnej odpowiedzi w przeszłości, nie jest możliwe.

LECZENIE CHORYCH NA GRUŻLICĘ LEKOOPORNĄ (MDR/XDR) (ICD-10: A15)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	DAWKOWANIE LEKÓW	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się dwie terapie gruźlicy lekoopornej substancjami:</p> <p>A. bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB);</p> <p>B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB).</p> <p><u>W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linii leczenia.</u></p> <p>1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi.</p> <p>1.1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek \geq 14 lat; 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji; 3) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym możliwym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem do programu albo brak możliwości zastosowania innego skutecznego leczenia gruźlicy płuc; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.</p>	<p>1. Wykaz badań przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zdjęcie RTG klatki piersiowej; 2) badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, stężenie potasu, wapnia i magnezu w surowicy, aminotransferaza alaninowa [AlAT], aminotransferaza asparaginowa [AspAT], fosfataza zasadowa i bilirubina, stężenie kreatyniny); 3) badanie EKG; 4) pomiar BMI; 5) test ciążowy; 6) test na obecność na wirusa HIV; 7) badanie płwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy: <ol style="list-style-type: none"> a) XDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na izoniazyd, ryfampicynę, fluorochinolon lub b) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed włączeniem, które w opinii lekarza były zgodne z leczeniem lub

- 4) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu leczniczego (dalej ChPL);
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL;
- 7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii;
- 8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;
- 9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ \leq 50 komórek/ μ l;
- 10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem;
- 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
- 12) wyrażenie zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego dla chorych < 18 r. ż. na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Całkowita długość leczenia w programie wynosi 24 tygodnie. U pacjentów, u których po 24 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenia można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.

c) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na PAS, etionamid, aminoglikozydy lub fluorochinolony.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Badania wykonywane na początku leczenia oraz przynajmniej raz w tygodniu podczas pierwszego miesiąca leczenia, co drugi tydzień podczas 2. miesiąca, a następnie raz na miesiąc:

- 1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami.

W razie wystąpienia objawów wskazujących na wystąpienie lub nasilenie się zaburzeń czynności wątroby, należy przeprowadzić badanie na obecność wirusowego zapalenia wątroby i przerwać stosowanie innych produktów leczniczych o toksycznym działaniu na wątrobę.

2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc:

- 1) morfologia krwi.

2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc:

- 1) badanie EKG.

2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia:

- 1) badanie płwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

2. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) lub gruźlicy płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem.

2.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek ≥ 14 lat;
- 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) lub gruźlica płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji;
- 3) w przypadku MDR-TB:
 - a) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed przystąpieniem do terapii
lub
 - b) udokumentowana nietolerancja leczenia drugiego rzutu z użyciem:
 - PAS, etionamidu, aminoglikozydów lub fluorochinolonów,
 - leczenia niewymienionego powyżej, które w opinii lekarza kwalifikuje pacjenta do terapii;
- 4) w przypadku XDR-TB:
 - a) udokumentowana oporność na izoniazyd, ryfampicynę, fluorochinolon i antybiotyki podawane w formie iniekcji (amikacyna, kanamycyna, kapreomycyna) w dowolnym czasie lub podczas kwalifikacji;
- 5) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL,

przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
 - a) status konwersji posiewu mikrobiologicznego płwociny,
 - b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- 7) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL;
- 8) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dnia przed rozpoczęciem terapii;
- 9) brak nadużywania alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;
- 10) BMI > 17 kg/m² w przypadku osób ≥ 18 r.ż, w przypadku pacjentów < 18 r.ż. z-score dla BMI nie niższy niż -2,5;
- 11) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/μl;
- 12) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
- 13) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub bedakiliną w skojarzeniu pretomanidem;
- 14) wyrażenie zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego dla chorych < 18 r. ż. na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Całkowita długość leczenia w programie wynosi 26 tygodni. U pacjentów, u których po 26 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenie można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancje pomocniczą;

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych ChPL;3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego;5) ciąża lub karmienie piersią;6) BMI < 17 kg/m² w przypadku osób ≥ 18 r.ż. w przypadku pacjentów < 18 r.ż. z-score dla BMI nie niższy niż -2,5; (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem);7) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/μl. | | |
|--|--|--|

ODCZULANIE WYSOKO IMMUNIZOWANYCH DOROSŁYCH POTENCJALNYCH BIORCÓW PRZESZCZEPU NERKI (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek \geq 18 lat; 2) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD); 3) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów: <ol style="list-style-type: none"> a) cPRA \geq 90% i obecność na krajowej liście oczekujących $>$ 1 roku; b) cPRA \geq 85% i $<$ 90% i obecność na krajowej liście oczekujących $>$ 1 roku i: <ol style="list-style-type: none"> i. brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub ii. ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL).</p> <p>2. Terapia immunosupresyjna</p> <p>Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA; 2) próba krzyżowa. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w ciągu 24 godzin po zakończeniu leczenia imlifidazą, ale przed przeszczepieniem należy potwierdzić konwersję wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny; 2) kliniczne testy laboratoryjne określające parametry życiowe, EKG (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną); 3) badania eGFR, stężenie kreatyniny i białkomocz (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną); 4) oznaczanie poziomu IgG (w przypadku immunosupresji z zastosowaniem IVIg); 5) poziom przeciwciał anty-HLA (DSA; po 3, 7, 14, 21, 28, a następnie raz w miesiącu do 6. miesiąca po implantacji);

4) spełnienie kryteriów dla wysoko immunizowanych pacjentów (pacjent ma krążące przeciwciała anty-HLA) z pozytywnym wynikiem próby krzyżowej (XM) przeciwko potencjalnemu zmarłemu dawcy nerki.

W przypadku wstępnej kwalifikacji pacjenta do terapii imlifidazą pozytywny wynik wirtualnej próby krzyżowej (vXM) nie będzie stanowił kryterium wykluczenia do przeprowadzenia biologicznej próby krzyżowej jak to ma miejsce w przypadku pozostałych pacjentów zgodnie z aktualnym systemem alokacji nerek;

5) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy, z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności;

6) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki;

7) wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na udział w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu

1) wcześniejsze leczenie imlifidazą;

2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;

3) trwające poważne zakażenie;

4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP);

5) negatywny wynik próby krzyżowej.

6) biopsja nerki po 3 miesiącach oraz w przypadku wystąpienia wskazań do jej przeprowadzenia (decyzja w oparciu o wyniki oznaczeń DSA oraz stężenia kreatyniny).

3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;

2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:

a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku),

b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu,

c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata,

d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał),

e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu,

f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE PACJENTÓW ZE SPEKTRUM ZAPALENIA NERWÓW WZROKOWYCH I RDZENIA KRĘGOWEGO (NMOSD) (ICD-10: G36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia satralizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek powyżej 12 roku życia; 2) rozpoznanie chorób ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych oraz rdzenia kręgowego (NMOSD) - oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych; 3) potwierdzenie obecności przeciwciał anti-AQP4; 4) EDSS od 0 do 6,5 łącznie; 5) brak przeciwwskazań do stosowania satralizumabu określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL); 6) brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6; 7) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym zaleca się 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Satralizumab może być stosowany w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym z terapią immunosupresyjną doustnymi kortykosteroidami (maksymalna dawka dobową 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobową 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobową 3 000 mg).</p> <p>Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi z rozmazem, b) badanie ogólne moczu, c) CRP, d) AST, ALT, e) lipidogram; 2) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania MRI potwierdzający rozpoznanie NMOSD; 3) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania potwierdzającego obecność przeciwciał anti-AQP4; 4) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS; 5) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym; 6) wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej lub quantiferon); 7) wykluczenie aktywnego zakażenia HBV (obecności antygeny HBs), HCV (brak przeciwciał anti-HCV, a w

stosowanie antykoncepcji.

Z uwagi na brak danych odnośnie stosowania leku u kobiet w ciąży decyzja o włączeniu do terapii pozostaje do decyzji lekarza po ocenie stosunku korzyści do ryzyka.

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria kontynuacji leczenia.

Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy wcześniej rozpoczęli leczenie satralizumabem z innych źródeł finansowania, z wyjątkiem pacjentów aktualnie uczestniczących w trwających badaniach klinicznych, i na dzień rozpoczęcia terapii spełniali stosowne kryteria kwalifikacji.

2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- 1) nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia;
- 3) aktywny nowotwór złośliwy;
- 4) wcześniejsze leczenie przeciwciałem anti-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anti-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu;
- 5) wcześniejsze leczenie anti-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu;

przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową);

8) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo).

2. Monitorowanie leczenia

- 1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu;
- 2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog);
- 3) morfologia krwi z rozmazem, ALT i AST, bilirubina co cztery tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, następnie co trzy miesiące przez jeden rok, a po tym czasie według wskazań klinicznych;
- 4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych;
- 5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem.

3. Monitorowanie programu

- 1) ocena skuteczności:
 - a) wskaźniki efektywności:
 - czas do wystąpienia rzutu,
 - częstość rzutów,
 - jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (EQ-5D);
 - czas do zgonu,
- Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych:

6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii;

7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL.

3. Określenie czasu leczenia w programie

Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po każdym pełnych 12 miesiącach terapii.

U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy.

W przypadku wystąpienia 1 rzutu po minimum 6 miesiącach leczenia można dokonać zmiany / modyfikacji leczenia.

Za brak skuteczności leczenia, uzasadniający zakończenie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 ciężkich rzutów, występujących w odstępie co najmniej 30 dni, po minimum 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia satralizumabem.

Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt.

4. Kryteria wyłączenia

Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:

- 1) brak skuteczności leczenia zgodnie z definicją w pkt. 3;
- 2) EDSS 8,5 lub więcej;
- 3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL;
- 4) aktywny nowotwór złośliwy;
- 5) nietolerancja leczenia satralizumabem;

i. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o $\geq 2,0$ pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0),

ii. wzrost o $\geq 2,0$ pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, mózdkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka),

iii. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. w więcej niż 1 punktowym wyniku układu funkcjonalnego dla danego objawu, z wartością wyjściową wynoszącą co najmniej 1,0,

iv. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0.

Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt.

Objawy muszą utrzymywać się przez >24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR).

b) oczekiwane korzyści zdrowotne:

– czas do ciężkiego rzutu: 86% pacjentów stosujących monoterapię w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu lub 90% pacjentów stosujących terapię skojarzoną w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu;

<p>6) brak współpracy ze strony pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>2) ocena bezpieczeństwa:</p> <ul style="list-style-type: none">a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych; <p>3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>4) uzupełnienie danych zawartych w Elektronicznym Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:</p> <ul style="list-style-type: none">a) data rozpoczęcia leczenia,b) daty wystąpienia kolejnych rzutów choroby,c) ocena w skali EDSS w momencie rozpoczęcia leczenia i co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutud) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (EQ-5D),e) data zgonu,f) data zakończenia leczenia; <p>5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI UKŁADU POKARMOWEGO Z ZASTOSOWANIEM RADIOFARMACEUTYKÓW (ICD-10: C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI TRZUSTKI (ICD-10 C 25.4)		
<p>1. Kryteria kwalifikacji do terapii 177Lu-DOTATATE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67 ≤ 20%); 2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z ⁶⁸Ga]Ga-SSA) lub - w razie braku dostępu - scyntygrafii (SPECT/CT z ^{99m}Tc]Tc-SSA) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyty w skali Krenninga ≥ 2); 4) udokumentowana progresja choroby w czasie 15 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors); 	<p>1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE</p> <p>Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda.</p> <p>Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.</p> <p>¹⁷⁷Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylniej.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z ⁶⁸Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z ^{99m}Tc]Tc-SSA w zależności dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z ¹⁸F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych;

- 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);
- 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązki obejmującą ponad 25% szpiku kostnego;
- 8) wiek \geq 18 roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie ¹⁷⁷Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Cykl leczenia ¹⁷⁷Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.

Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:

- 1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane:
 - a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events),
 - b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,
 - c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny $<$ 30 ml/min lub spadek o 40%,

- 10) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.

2. Monitorowanie leczenia

1) badania wykonywane przed każdą infuzją:

- a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny,
- b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny,
- c) morfologia krwi z rozmazem,
- d) INR.

Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu ¹⁷⁷Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji ¹⁷⁷Lu-DOTATATE.

2) scyntygrafia poterapeutyczna.

3. Monitorowanie programu

- 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na

<p>d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%,</p> <p>e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia</p> <p>1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA);</p> <p>3) ciąża i karmienie piersią;</p> <p>4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu;</p> <p>5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przetętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.</p>		<p>żądanie kontrolerom NFZ.</p>
<p>LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO WYWODZĄCEGO SIĘ ZE ŚRODKOWEGO ODCINKA PRAJELITA (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)</p>		
<p>1. Kryteria kwalifikacji to terapii 177Lu-DOTATATE</p> <p>1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego przewodu pokarmowego wywodzącego się ze środkowego odcinka prajelita (MIDGUT), tj. obejmującego dolną część dwunastnicy, jelito czcze, jelito kręte, jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę wstępującą oraz początkowe 2/3 okrężnicy</p>	<p>1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE</p> <p>Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda.</p> <p>Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie stężenia:</p> <p>a) bilirubiny,</p> <p>b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p>

<p>poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67 ≤ 20%);</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) guz niesekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [⁶⁸Ga]Ga-SSA) lub scyntygrafii – w razie braku dostępu - (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytem w wątrobie, wychwytem w skali Krenninga ≥ 2); 4) progresja choroby oceniona według kryteriów, klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST, w oparciu o TK lub MR podczas ostatnich 3 lat podczas leczenia analogami somatostatyny; 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego; 8) wiek ≥ 18 roku życia. <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie ¹⁷⁷Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia</p>	<p>¹⁷⁷Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylniej.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy; 5) INR (international normalized ratio); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi; 8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) - metodą PET/CT z [⁶⁸Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA lub w zależności od dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [¹⁸F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane przed każdą infuzją: <ol style="list-style-type: none"> a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny, b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny, c) morfologia krwi z rozmazem, d) INR. <p>Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu ¹⁷⁷Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji ¹⁷⁷Lu-DOTATATE.</p> 2) scyntygrafia poterapeutyczna.
--	--	--

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Cykl leczenia ¹⁷⁷Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.

Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:

Kryteria przerwania terapii:

- 1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane;
 - a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events,
 - b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,
 - c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%,
 - d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hypoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%,
 - e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z ¹⁷⁷Lu-DOTATATE.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA);3) ciąża i karmienie piersią;4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu;5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przetętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie. | | |
|---|--|--|

LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO (ICD-10:E72.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór:</p> <p>a) syntetazy karbamoilofosforanowej I, lub</p> <p>b) karbamoilotransferazy ornitynowej, lub</p> <p>c) syntetazy argininobursztynianowej, lub</p> <p>d) liazy argininobursztynianowej, lub</p> <p>e) arginazy I, lub</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1) stężenie amoniaku we krwi;</p> <p>2) profil aminokwasów w osoczu;</p> <p>3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową);</p> <p>4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu;</p> <p>5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu;</p> <p>6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię;</p> <p>7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego);</p> <p>8) konsultacja neurologa;</p> <p>9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie);</p> <p>10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii.</p>

f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemii-homocytrulinuria);

2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów.

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną;
- 2) leczenie ostrej hiperamonemii.

3. Określenie czasu leczenia w programie

Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie

Spełnienie któregoś z poniższych warunków:

- 1) przeszczepienie wątroby;
- 2) nadwrażliwość na fenylloctan lub fenylomaślan;
- 3) ciąża lub karmienie piersią;
- 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii.

2. Monitorowanie leczenia

Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku):

- 1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii;
- 2) stężenie amoniaku we krwi;
- 3) stężenie aminokwasów w osoczu;
- 4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/ intelektualnym);
- 5) konsultacja neurologa;
- 6) konsultacja dietetyka.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM UROTELIALNYM (ICD-10: C61, C65, C66, C67, C68)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie lekowym finansuje się leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>awelumab</i>; 2) <i>niwolumab</i>; 3) <i>niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i> i <i>cisplatyną</i> w leczeniu pierwszej linii; 4) <i>pembrolicumab</i>; 5) <i>enfortumab wedotyny</i>; 6) <i>erdafitynib</i>; <p>Awelumab stosowany jest w pierwszej linii jako leczenie podtrzymujące pierwszego rzutu raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których nie doszło do progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny.</p> <p>Niwolumab stosowany jest w leczeniu uzupełniającym raka urotelialnego naciekającego błonę mięśniową u dorosłych z ekspresją PD-L1 na komórkach guza $\geq 1\%$ i z wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą R0.</p> <p>Niwolumab w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną stosowany jest w leczeniu pierwszej linii raka urotelialnego w stadium</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dawka <i>awelumabu</i>: 800 mg co 2 tygodnie; 2) Dawka <i>niwolumabu</i> w leczeniu uzupełniającym: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 3) Dawka <i>niwolumabu</i> z skojarzeniu z <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i>: 360 mg co 3 tygodnie, przez 6 cykli a następnie 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 4) Dawka <i>pembrolicumabu</i>: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni; 5) Dawka <i>enfortumabu wedotyny</i>: 1,25 mg/kg mc. (maksymalnie do 125 mg u pacjentów o masie ciała ≥ 100 kg). Lek należy podawać we wlewie dożylnym w 1., 8. i 15. dniu 28-dniowego cyklu.; 6) Dawka <i>erdafitynibu</i>: zalecana dawka początkowa to 8 mg na dobę, którą należy modyfikować na podstawie wyników badań, zgodnie z zapisami ChPL. <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego; 2) ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej – dotyczy terapii <i>niwolumabem</i> w leczeniu uzupełniającym; 3) ocena, za pomocą zwalidowanego testu obecności podatnych zmian genetycznych <i>FGFR3</i> – dotyczy terapii <i>erdafitynibem</i>; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) i tetrajodotyroniny (fT4) – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>, <i>niwolumabem</i> oraz <i>pembrolicumabem</i>; 10) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>; 11) oznaczenie stężenia glukozy; 12) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg);

<p>miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia.</p> <p>Pembrolizumab stosowany jest w monoterapii w drugiej linii leczenia raka urotelialnego miejscowo zaawansowanego poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u osób dorosłych, u których doszło do progresji choroby podczas lub po poprzedniej chemioterapii opartej na pochodnych platyny.</p> <p>Enfortumab vedotyn stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których doszło do progresji choroby podczas lub po poprzedniej terapii opartej o chemioterapię pochodnymi platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitor ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1).</p> <p>Erdaftynib stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia, u pacjentów z podatnymi zmianami genetycznymi FGFR3, u których doszło do progresji choroby podczas lub po poprzedniej terapii inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1).</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy).</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p>	<p>aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.</p>	<p>13) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy – dotyczy terapii <i>erdaftynibem</i>;</p> <p>14) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia) – dotyczy terapii <i>pembrolizumabem</i>;</p> <p>15) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</p> <p>16) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>17) TK lub MRI klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;</p> <p>18) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;</p> <p>19) TK lub MRI mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów);</p> <p>20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych;</p> <p>21) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>22) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>23) pełne badanie okulistyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) – dotyczy terapii <i>erdaftynibem</i>.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</p> <p>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;</p>
--	---	---

- 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego lub miedniczki nerkowej lub cewki moczowej lub moczowodu lub gruczołu krokowego;
- 2) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej;
- 3) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG dla erdafitynibu) lub 0-1 według kryteriów ECOG dla pozostałych leków w programie;
- 4) wiek 18 lat i powyżej;
- 5) nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych wynikających z przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym, które wymagają potrzeby zwiększania dawki leków steroidowych w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy);
- 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka urotelialnego;
- 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania poszczególnych substancji określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;

- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 5) oznaczenie stężenia glukozy;
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;
- 7) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia) – dotyczy terapii pembrolizumabem;
- 8) badanie ogólne moczu – dotyczy terapii pembrolizumabem;
- 9) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 10) co 2 tygodnie w przypadku morfologii krwi z rozmazem (po okresie 3 miesięcy leczenia co 8 tygodni);
- 11) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań (lub częściej w zależności od wskazań klinicznych);
- 12) w przypadku stosowania niwolumabu - badania wykonuje się przed każdym podaniem niwolumabu, nie rzadziej niż co 4 tygodnie;
- 13) między dniem 14 a 21 w przypadku stężenia fosforanów, a następnie co miesiąc – dotyczy terapii *erdafitynibem*;
- 14) co miesiąc w przypadku badania okulistycznego (po okresie pierwszych 4 miesięcy leczenia co 3 miesiące lub częściej w razie wskazań klinicznych) – dotyczy terapii *erdafitynibem*.

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia

- 1) TK lub MR odpowiedniego obszaru;
- 2) RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie TK;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

11) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. Awelumabem

- 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;
- 2) nieobecność progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny (po zastosowaniu 4-6 cykli *cisplatyny* z *gemcytabiną* lub *karboplatyny* z *gemcytabiną*);
- 3) zachowanie okresu bez leczenia wynoszącego od 4 do 10 tygodni od ostatniego podania chemioterapii paliatywnej;
- 4) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby;
- 5) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii;
- 6) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena;
- 7) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone).

1.2.2. Niwolumabem

- 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka urotelialnego (lub o mieszanej histopatologii z dominacją komponenty urotelialnej) naciekającego błonę mięśniową, bez obecności

Badania wykonuje się:

- 4) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;
- 5) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.

3.1. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *awelumabu*, *niwolumabu*, *pembrolizumabu* oraz *erdafitynibu*:

- 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny;
- 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – dotyczy terapii *awelumabem*, *niwolumabem* w skojarzeniu z *cisplatyną* i *gemcytabiną*, *pembrolizumabem* oraz *erdafitynibem*;
- 3) przeżycie wolne od choroby (DFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszego nawrotu lub zgonu – dotyczy terapii *niwolumabem* w leczeniu uzupełniającym;
- 4) zdarzenia niepożądane.

3.2. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla *enfortumabu* *wedotyny*:

- 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek

<p>przerzutów odległych;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) przeprowadzenie radykalnej cystektomii z cechą R0 w okresie do 120 dni przed włączeniem do leczenia (dotyczy jedynie raka urotelialnego pęcherza moczowego i moczowodu); 3) niestosowanie adjuwantowej terapii systemowej lub radioterapii po radykalnej chirurgicznej resekcji raka urotelialnego; 4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie neoadjuwantowe z wykorzystaniem chemioterapii opartej na <i>cisplatynie</i>; 7) potwierdzenie badaniem histopatologicznym wysokiego ryzyka nawrotu nowotworu; <ol style="list-style-type: none"> a) stopień zaawansowania pT3-pT4a lub pN+ w przypadku pacjentów, u których nie zastosowano neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie, b) stopień zaawansowania ypT2-ypT4a lub ypN+ w przypadku pacjentów po zastosowaniu neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie; 8) potwierdzenie poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych $\geq 1\%$. <p>1.2.3. Niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną w leczeniu pierwszej linii</p>		<p>przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 12,9 miesiąca;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 5,5 miesiąca; 3) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 40,6%; 4) mediana DoR - czas od pierwszej obiektywnej odpowiedzi (CR lub PR) do udokumentowanej progresji choroby (PD) lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej – oczekiwany wynik: 7,9 miesiąca; 5) wskaźnik kontroli choroby (DCR) zdefiniowany jako uzyskanie przez pacjenta kontroli choroby ocenianej po 8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia i rozumianej jako: <ul style="list-style-type: none"> - odpowiedź całkowita (CR) lub odpowiedź częściowa (PR) mierzonych według aktualnych kryteriów RECIST lub - stabilizacja choroby (SD) -oczekiwany wynik: 71,9%. <p>Pierwszą ocenę odpowiedzi na leczenie <i>enfortumabem wedotyny</i> wykonuje się w 8 tygodniu leczenia (po dwóch pierwszych 28-dniowych cyklach leczenia).</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
---	--	--

- 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;
- 2) brak wcześniejszej ogólnoustrojowej terapii przeciwnowotworowej z powodu przerzutowego lub nieoperacyjnego raka urotelialnego;
- 3) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena;
- 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg *prednizonu* na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);

1.2.4. Pembrolizumabem

- 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;
- 2) niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka urotelialnego w oparciu o chemioterapię zawierającą pochodne platyny (progresja po 1. linii leczenia paliatywnego) lub wznowa w ciągu 12 miesięcy od zakończenia wcześniejszego leczenia przed- lub pooperacyjnego pochodnymi platyny;
- 3) ustąpienie wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia.

1.2.5. Enfortumabem wedotyny

- 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze

- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

radykalnym lub w stadium uogólnienia;

- 2) progresja radiologiczna choroby u pacjentów, którzy otrzymali chemioterapię opartą o pochodną platyny oraz leczenie inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1).

1.2.6. Erdafityni bem

- 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;
- 2) obecność podatnych zmian genetycznych *FGFR3*;
- 3) progresja radiologiczna choroby podczas lub po terapii z inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1).

W celu kontynuacji terapii, do programu lekowego mogą zostać włączeni pacjenci leczeni w ramach innego sposobu finansowania, poza badaniami klinicznymi, do momentu objęcia refundacją leku w programie lekowym, pod warunkiem, iż w momencie rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji uwzględnione w punkcie 1 oraz nie spełniali kryteriów uwzględnionych w punkcie 3.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane.

W przypadku terapii uzupełniającej *niwolumabem* leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić 8 tygodni.

W przypadku terapii *niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną* w pierwszej linii leczenia trwa maksymalnie 24 miesiące, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów.

Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia, dotyczy terapii inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1), może wynosić 12 tygodni pod warunkiem całkowitego ustąpienia niepożądanych działań związanych z immunoterapią i zakończenia stosowania kortykosteroidów.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, z możliwością potwierdzenia w kolejnej ocenie badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni – dotyczy terapii *awelumabem, pembrolizumabem, enfortumabem wedotyny, erdafitynibem lub niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną*;
- 2) nawrót choroby- dotyczy terapii *niwolumabem w leczeniu uzupełniającym*;
- 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według skali ECOG (dla

<p><i>erdafitynibu</i>) lub do stopnia 2-4 według skali ECOG (dla pozostałych leków w programie);</p> <p>5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek, białko mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>8) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
--	--	--

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZESPOŁAMI MIELODYSPLASTYCZNYMI Z TOWARZYSZĄCĄ NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZALEŻNĄ OD TRANSFUZJI (ICD-10: D46.0, D46.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego pacjentom z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji udostępnia się terapię <i>luspaterceptem</i>, w pierwszej linii leczenia lub kolejnych liniach leczenia (po niedostatecznej odpowiedzi na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) zdiagnozowany zespół mielodysplastyczny (ang. myelodysplastic syndromes, MDS) o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS; 4) niedokrwistość zależna od przetoczeń (≥ 3 jednostki kkecz w ciągu 16 tygodni w co najmniej 2 epizodach przetoczeń – w okresie przed kwalifikacją do programu) w przebiegu MDS; 5) stężenie endogennej erytropoetyny (eEPO) ≤ 500 mU/ml – nie dotyczy MDS z syderoblastami pierścieniowatymi (MDS-RS definiowane jest przy $\geq 15\%$ syderoblastów pierścieniowatych lub $\geq 5\%$ syderoblastów pierścieniowatych w przypadku obecności mutacji <i>SF3B1</i>); 	<p>1. Dawkowanie leku</p> <p>1.1. luspatercept</p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><u>Luspatercept</u>: Zalecana dawka początkowa <i>luspaterceptu</i> to 1,0 mg/kg m.c. raz na 3 tygodnie. W przypadku pacjentów, którzy nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek w dawce początkowej wynoszącej 1,0 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,33 mg/kg m.c.</p> <p>Jeśli pacjenci nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek wynoszących 1,33 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,75 mg/kg m.c.</p> <p>Zwiększanie dawki nie powinno następować częściej niż co 6 tygodni (2 podania) i nie powinno przekraczać maksymalnej dawki wynoszącej 1,75 mg/kg m.c. co 3 tygodnie.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leku</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia endogennej erytropoetyny (eEPO); 3) ocena syderoblastów pierścieniowatych lub oznaczenie mutacji <i>SF3B1</i> u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowatych $\geq 5\%$ i $\leq 15\%$ – dotyczy rozpoznania MDS z syderoblastami pierścieniowatymi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi obwodowej – wykonywana przed każdym podaniem <i>luspaterceptu</i>. <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

<p>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>11) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <p>1) progresja choroby podstawowej (MDS);</p>	<p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku.</p>	<p>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) poprawa hematologiczna-erytroidalna (HI-E) – niezależność od przetoczeń kkcw w okresie ≥ 8 tyg. w 16-24 tygodniowym okresie obserwacji (dla chorych z małym obciążeniem transfuzjami – LTB),</p> <p>b) większa odpowiedź HI-E – niezależność od przetoczeń kkcw w okresie ≥ 8 tyg. w 16-24 tygodniowym okresie obserwacji (dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami – HTB),</p> <p>c) mniejsza odpowiedź HI-E – zmniejszenie o co najmniej 50% liczby przetoczonych jednostek kkcw przez okres minimum 8 tyg. w co najmniej 16-tygodniowym okresie obserwacji względem analogicznego okresu przed włączeniem pacjenta do programu (dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami – HTB);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	---	--

- | | | |
|---|--|--|
| <p>2) brak odpowiedzi na leczenie ocenionej po 8 cyklach leczenia; odpowiedź na leczenie definiuje się jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none">a) okres niezależności od przetoczeń kkc ≥ 8 tygodni – kryterium dla chorych z małym (LTB) lub dużym obciążeniem transfuzjami (HTB),b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby przetoczonych jednostek kkc przez okres minimum 8 tyg. w co najmniej 16-tygodniowym okresie obserwacji względem analogicznego okresu przed włączeniem pacjenta do programu – kryterium dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami (HTB); <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> | | |
|---|--|--|

LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ (ICD-10: E71.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) >90 $\mu\text{mol/l}$ u dzieci,</p> <p style="margin-left: 20px;">b) >50 $\mu\text{mol/l}$ u dorosłych,</p> <p>w przebiegu acydurii propionowej, metylomalonowej oraz izowalerianowej zdiagnozowanej na podstawie analizy profilu kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS i profilu acylokarnityn we krwi metodą tandem MS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Początkowa dawka dobową powinna wynosić 100 mg/kg, w razie potrzeby do 250 mg/kg.</p> <p>Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie tak, aby utrzymać prawidłowe stężenie amoniaku w osoczu wg zasad opisanych w ChPL.</p> <p>Do tabletek należy dodać co najmniej 5-10 ml wody, do powstania zawiesiny i połączyć natychmiast lub podać szybko strzykawką przez zgłąbnyk nosowo-żołądkowy.</p> <p>Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego; 2) stężenie amoniaku w osoczu; 3) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu/surowicy; 4) morfologia z rozmazem; 5) gazometria krwi; 6) profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS; 7) profil acylokarnityn w suchej kropli krwi; 8) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/wysokości ciała, BMI); 9) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG;

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;
- 2) wystąpienie nadwrażliwości na kwas kargluminowy lub którykolwiek z pozostałych składników leku;
- 3) ciąża lub karmienie piersią;
- 4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.

- 12) konsultacja neurologiczna;
- 13) konsultacja dietetyczna;
- 14) konsultacja psychologiczna.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Co najmniej raz na 180 dni ocena stanu pacjenta oraz skuteczności terapii

- 1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego;
- 2) stężenie amoniaku w osoczu;
- 3) gazometria krwi;
- 4) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu /surowicy;
- 5) morfologia z rozmazem;
- 6) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI);
- 7) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej;
- 8) EKG;
- 9) konsultacja neurologiczna;
- 10) konsultacja dietetyczna;
- 11) konsultacja psychologiczna w zależności od potrzeb;
- 12) badanie EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach).

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.1;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE PACJENTÓW Z GUZAMI LITYMI Z FUZJĄ GENU RECEPTOROWEJ KINAZY TYROZYNOWEJ DLA NEUROTROFIN (NTRK)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>entrektytib</i>, 2) <i>larotrektytib</i>, <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne nowotworu łitego; 2) obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, <i>next-generation sequencing</i>) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 3) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym lub nowotwór, w przypadku którego resekcja 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p> <p>1.1. Entrektytib</p> <p>Zalecana dawka <i>entrektytibu</i> u dorosłych to 600 mg raz na dobę.</p> <p>Zalecana dawka <i>entrektytibu</i> u dzieci i młodzieży to 300 mg/m² raz na dobę, maksymalnie 400 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała do 1,50 m² lub 600 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała od 1,51 m² na dobę.</p> <p>1.2. Larotrektytib</p>	<p>1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu łitego; 2) potwierdzenie obecności fuzji genu NTRK w materiale tkankowym uzyskanym z nowotworu na podstawie wyniku zwalidowanego testu z zastosowaniem molekularnych metod diagnostycznych; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 9) elektrokardiografia (EKG); 10) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 11) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. <p>2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem;

<p>chirurgiczna prawdopodobnie doprowadzi do poważnych i niekorzystnych następstw zdrowotnych;</p> <p>4) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem NTRK;</p> <p>5) wiek od 12 roku życia - w przypadku <i>entrekty nibu</i>;</p> <p>6) wyczerpanie możliwości terapeutyczne lub brak innych terapii, dla których potwierdzono korzyści kliniczne w danym wskazaniu, ustalone na podstawie dokumentacji medycznej przez Zespół Koordynacyjny;</p> <p>7) obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (lub RANO w przypadku nowotworów OUN) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>8) stan sprawności:</p> <p>a) dorośli oraz dzieci w wieku co najmniej 16 lat 0-1 według w skali ECOG lub równoważny wynik w skali Karnofsky'ego,</p> <p>b) dzieci poniżej 16 r.ż. co najmniej 50 w skali Lansky'ego;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL;</p> <p>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL;</p> <p>11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w</p>	<p>Zalecana dawka <i>larotrekty nibu</i> u dorosłych to 100 mg dwa razy na dobę.</p> <p>Zalecana dawka <i>larotrekty nibu</i> u dzieci i młodzieży to 100 mg/m² dwa razy na dobę, maksymalnie 100 mg na dawkę.</p>	<p>2) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>7) EKG.</p> <p>Wymienione badania powinny być wykonywane co 4 tygodnie za wyjątkiem badania EKG – wg wskazań klinicznych.</p> <p>3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia</p> <p>1) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej;</p> <p>2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów OUN) w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Badania obrazowe wykonywane są co 4 tygodnie lub, w uzasadnionych przypadkach klinicznych, w terminie zgodnym z decyzją lekarza prowadzącego (powód uzasadnionej zmiany terminu badania powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta).</p> <p>W grupie pacjentów uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, częstotliwość wykonywania badań obrazowych może zostać ustalona indywidualnie przez Zespół Koordynacyjny.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p>
---	---	--

ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria zakończenia udziału w programie

- 1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN);
- 2) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE lub wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE) zgodnie z zapisami ChPL;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na *entrektyrib/larotrektyrib* lub na substancję pomocniczą;
- 5) obniżenie sprawności:

- całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

<p>a) o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów skali ECOG,</p> <p>b) wynik w skali Karnofsky'ego lub w skali Lansky'ego poniżej 50;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia <i>entrekty nibem</i> /<i>larotrekty nibem</i> ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWĄ AMYLOIDOZĘ ŁAŃCUCHÓW LEKKICH (AL) (ICD-10: E85.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) udostępnia się terapie:</p> <p>1) w I linii leczenia: <i>daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) uprzednio nieleczona układowa amyloidozę łańcuchów lekkich (AL); 4) eGFR ≥ 20 ml/min/1,73m² pc.; 5) stężenie NT-proBNP $\leq 8\ 500$ ng/l; 6) skurczowe ciśnienie krwi ≥ 90mmHg; 7) brak niewydolności serca w stopniu IIIB i IV wg klasyfikacji NYHA; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego; 9) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. <i>daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Daratumumab</u> s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. Maksymalny czas leczenia daratumumabem wynosi 24 cykle.</p> <p><u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m² pc. podawana podskórnym w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p><u>Cyklofosfamid</u>: zalecana dawka 300 mg/m² pc. podawana doustnie lub dożylnie (dawka maksymalna 500 mg) w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (lub w zmniejszonej dawce 20 mg u pacjentów: w wieku > 70 lat lub ze wskaźnikiem masy ciała [BMI] <18,5 lub u pacjentów z hiperwolemią, źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją steroidów),</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozę AL: <ol style="list-style-type: none"> a) wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwieńią Kongo, b) bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin, c) wykazanie monoklonalnego rozrostu plazmocytołów na podstawie stwierdzenia białka M (badanie elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu) lub dysproporcji sFLC (badanie wolnych łańcuchów lekkich w surowicy) lub obecności klonalnych plazmocytołów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne); 2) ocena zajęcia narządowego – serce: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia NT-proBNP, b) oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I, c) pomiar wartości ciśnienia tętniczego, d) badanie echokardiograficzne serca, e) elektrokardiografia (EKG), f) rezonans magnetyczny serca (jeśli jest wskazany); 3) ocena zajęcia narządowego – wątroba:

<p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>12) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż:</p> <p>1) maksymalny czas terapii <i>daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i> w I linii leczenia wynosi 24 cykle (96 tygodni), w tym <i>daratumumab</i> z <i>bortezomibem</i>, <i>cyklofosfamidem</i> i <i>deksametazonem</i> podawany jest przez 6 pierwszych cykli, natomiast przez kolejne 18 cykli <i>daratumumab</i> jest podawany w monoterapii.</p>	<p>podawana doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leków</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.</p>	<p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej,</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>e) ultrasonografia (USG) wątroby;</p> <p>4) ocena zajęcia narządowego – nerki:</p> <p>a) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>c) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p> <p>5) ocena zajęcia narządowego – inne narządy (jeśli klinicznie uzasadnione);</p> <p>6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>7) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC);</p> <p>8) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a).</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p>
---	--	--

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 3 cyklach leczenia) definiowana jako:
 - a) wystąpienie progresji hematologicznej (na podstawie stężenia białka M i sFLC),
lub
 - b) wystąpienie progresji narządowej (serca, nerek lub wątroby);
- 2) brak co najmniej bardzo dobrej odpowiedzi częściowej (VGPR) po 6 cyklach leczenia;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

- 7) oznaczenie stężenia NT-proBNP;
- 8) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać po 3 i 6 cyklu leczenia, a następnie przy podejrzeniu utraty odpowiedzi lub progresji, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:

- 1) oznaczenie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu;
- 2) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lamba w surowicy krwi (sFLC);
- 3) w przypadku zajęcia serca: oznaczenie stężenia NT-proBNP;
- 4) w przypadku zajęcia wątroby:
 - a) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej,
 - b) ultrasonografia (USG) wątroby;
- 5) w przypadku zajęcia nerek:
 - a) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu,
 - b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie klirensu kreatyniny;
- 6) dodatkowo inne badania w przypadku zajęcia narządu innego niż serce, wątroba lub nerki (jeśli klinicznie uzasadnione);

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
 - a) odpowiedź hematologiczna:
 - całkowita odpowiedź (CR),
 - bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),
 - częściowa odpowiedź (PR),
 - brak odpowiedzi (NR),
 - progresja choroby (PD),
 - b) odpowiedź narządowa (sercowa, nerkowa, wątrobowa – jeśli dotyczy),
 - c) przeżycie bez progresji choroby (PFS),
 - d) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA MAKROGLOBULINEMIĘ WALDENSTRÖMA (ICD-10: C88.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na makroglobulinemię Waldenströma udostępnia się terapię <i>zanubrutynibem</i> w <i>monoterapii</i>:</p> <p>1) w 1. linii leczenia u chorych niekwalifikujących się do immunochemioterapii, albo</p> <p>2) w 2. i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</p> <p>3) potwierdzone rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma u pacjenta:</p> <p>a) uprzednio nieleczonego i niekwalifikującego się do immunochemioterapii, albo</p> <p>b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej linii leczenia;</p> <p>4) obecność wskazań do leczenia według aktualnych zaleceń International Workshop on Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM);</p>	<p>1. Dawkowanie leku</p> <p>1.1. zanubrutynib w monoterapii</p> <p>Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę.</p> <p>Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę, albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leku</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram i immunofiksacja);</p> <p>2) badanie potwierdzające rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma – trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klonalny naciek chłoniaka limfoplazmocytozy – w przypadku stosowania zanubrutynibu w 1. linii leczenia – o ile nie było wykonane wcześniej;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych);</p> <p>4) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, c) oznaczenie wskaźnika eGFR;</p> <p>5) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);</p>

- 5) liczba neutrofilii $\geq 0,75 \times 10^9/l$ i liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (niezależnie od stosowania G-CSF i transfuzji płytek krwi);
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 7) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 10) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
- 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
- 12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

- 7) badania oceniające zaawansowanie choroby (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy albo rezonans magnetyczny albo USG jamy brzusznej oraz RTG klatki piersiowej – rodzaj badania do decyzji lekarza) – jeśli nie zostały wykonane w okresie ostatniego 1 miesiąca;
- 8) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
- 9) elektrokardiografia (EKG);
- 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wykonywane:

- 1) raz na miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej raz na 3 miesiące:
 - a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych),
 - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
 - d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 2) raz na 3 miesiące:
 - a) elektrokardiografia (EKG).

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:

- 1) raz na 3 miesiące – oznaczenie stężenia IgM w surowicy (celem potwierdzenia całkowitej remisji oznaczenie

<p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) transformacja makroglobulinemii Waldenströma w agresywnego chłoniaka; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 		<p>monoklonalnego białka IgM w surowicy – proteinogram i immunofiksacja);</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) raz na 6 miesięcy – badania oceniające zaawansowanie choroby (USG lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) – konieczność wykonywania badań obrazowych oraz rodzaj badania do decyzji lekarza. <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: <ol style="list-style-type: none"> a) całkowita odpowiedź (CR), b) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR), c) częściowa odpowiedź (PR),
--	--	---

		<p>d) mniejsza odpowiedź (MR), e) choroba stabilna (SD), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA DEPRESJĘ LEKOOPORNĄ (ICD-10: F33.1, F33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria włączenia do programu</p> <p>Do leczenia <i>esketaminą</i> w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek od ukończenia 18 roku życia do 75 roku życia; 2) potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej wg obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F33.1 i F33.2; 3) aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym (20-34) lub ciężkim (35-60) wg skali MADRS; 4) przeciwwskazania lub oporność lub brak zgody pacjenta na terapię elektrowstrząsami; 5) potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne (stosowane w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych) w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego; 6) nie więcej niż 5 różnych leków przeciwdepresyjnych w bieżącym epizodzie depresji; 7) co najmniej drugi epizod depresji; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>W trakcie leczenia <i>esketaminą</i> w ramach programu lekowego leczeniem towarzyszącym jest terapia doustnym lekiem przeciwdepresyjnym z grupy SSRI lub SNRI. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>1.1. Pacjenci poniżej 65 r.ż.</p> <p>Faza indukcji:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tygodnie 1-4: pierwsze podanie 56 mg, kolejne podania 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu. <p>Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p> <p>Faza podtrzymująca:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tygodnie 5-8: 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu, – od 9 tygodnia: 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu. 	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena nasilenia depresji wg skali MADRS; 2) badanie psychiatryczne mające na celu udokumentowanie wykluczenia: <ol style="list-style-type: none"> a) zaburzeń osobowości, b) choroby afektywnej dwubiegunowej, c) uzależnienia od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków; 3) badania laboratoryjne służące ocenie wydolności narządowej; 4) badanie poziomu TSH; 5) pomiar ciśnienia krwi; 6) test ciążowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiar ciśnienia krwi (przed podaniem leczenia oraz około 40 minut po podaniu dawki, a następnie, zgodnie z potrzebą kliniczną);

<p>8) obecny epizod trwający co najmniej 6 miesięcy wg daty pierwszej wizyty lekarskiej związanej z leczeniem tego epizodu;</p> <p>9) wykluczenie rozpoznania zaburzeń osobowości typu <i>borderline</i> lub choroby afektywnej dwubiegunowej;</p> <p>10) brak historii uzależnień w wywiadzie (uzależnienie od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków);</p> <p>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>12) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;</p> <p>13) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni esketaminą w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu - przy czym maksymalny czas leczenia w programie wynosi 8 miesięcy (łącznie faza indukcji i faza podtrzymania).</p> <p>Pod koniec fazy indukcji (po 4 tygodniach leczenia) należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p>	<p>Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.</p> <p>1.2. Pacjenci od 65 roku życia</p> <p>Faza indukcji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tygodnie 1-4: pierwsze podanie 28 mg, kolejne podania 28 mg, 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu. <p>Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.</p> <p>Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p> <p>Faza podtrzymująca:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tygodnie 5-8: 28 mg, 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu, - od 9 tygodnia: 28 mg, 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu. <p>Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.</p> <p>Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.</p> <p>1.3. W fazie podtrzymującej zaleca się utrzymanie dawki, którą pacjent otrzymuje na końcu fazy indukcji. Podczas fazy podtrzymującej, w celu utrzymania remisji/odpowiedzi należy indywidualnie dostosować dawkowanie produktu leczniczego do najniższej częstości podawania.</p>	<p>2) ocena pod kątem rozwoju zachowań lub stanów nadużywania lub niewłaściwego stosowania leku.</p> <p>2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</p> <p>1) ocena nasilenia objawów według skali MADRS:</p> <p>a) w fazie indukcji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jeden raz w tygodniu, - po koniec fazy indukcji w celu oceny skuteczności terapii warunkującej kontynuację leczenia - zgodnie z pkt 1 kryteriów wyłączenia, <p>b) w fazie podtrzymującej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przy każdym podaniu leku w celu oceny ewentualnej utruty skuteczności terapii (nawrót choroby) - zgodnie z pkt 2 kryteriów wyłączenia lub uzyskania remisji (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS < 10) lub trwałej remisji (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS < 10 uzyskany w każdym kolejnym badaniu). <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia (wynik w skali MADRS, redukcja wyniku w skali MADRS pod koniec fazy indukcji, utrata skuteczności terapii, remisja) z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p>
---	--	---

<p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) brak potwierdzonej skuteczności leczenia pod koniec fazy indukcji (redukcja wyniku w skali MADRS o mniej niż 50% w porównaniu do wyniku z badania kwalifikującego do programu);2) utrata skuteczności terapii w trakcie leczenia podtrzymującego (wynik w skali MADRS > 22 w trakcie dwóch kolejnych badań);3) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;4) wystąpienie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem leku uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;5) hospitalizacja z powodu nasilenia się depresji lub innego klinicznie istotnego zdarzenia określonego na podstawie oceny klinicznej jako wskazującego na nawrót choroby depresyjnej takiej jak - próby samobójcze lub hospitalizacja w celu zapobiegania samobójstwom;6) zmiana towarzyszącego leczenia przeciwdepresyjnego (z przyczyn innych niż nietolerancja doustnego leku przeciwdepresyjnego).		<ol style="list-style-type: none">3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10:C54)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie chorych z pierwotnym, zaawansowanym lub nawrotowym rakiem endometrium:</p> <p>I. w I linii leczenia systemowego:</p> <ol style="list-style-type: none"> dostarlimab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej dostarlimab w monoterapii; durwalumab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej durwalumab w monoterapii lub w skojarzeniu z olaparybem w zależności od statusu molekularnego guza; pembrolizumab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej pembrolizumabem w monoterapii; <p>II. w kolejnej linii leczenia systemowego:</p> <ol style="list-style-type: none"> dostarlimab w monoterapii; pembrolizumab w monoterapii. <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia z użyciem immunoterapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Dostarlimab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w monoterapii w I linii leczenia</p> <p>Zalecana dawka wynosi 500 mg dostarlimabu w skojarzeniu z karboplatiną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m² pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 6 cyklach, a następnie dostarlimab w monoterapii 1000 mg co 6 tygodni (3 tygodnie pomiędzy cyklem 6, a cyklem 7).</p> <p>1.2. Durwalumab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie durwalumab w monoterapii lub w skojarzeniu z olaparybem w I linii leczenia</p> <p>Zalecana dawka wynosi 1120 mg durwalumabu w skojarzeniu z karboplatiną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m² pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 4-6 cyklach. Przerwa między cyklem 6 a cyklem 7 wynosi 3 tygodnie i od 7 cyklu durwalumab podawany jest w dawce 1500 mg co 4 tygodnie.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT); 7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 8) ocena obecności niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR) – dopuszczalna jest ocena na podstawie wyniku wykonanego wcześniej testu w kierunku MMR lub MSI, o ile badanie przeprowadzone było zwalidowaną metodą diagnostyczną; 9) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) badanie TK lub MR jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;

<p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 4) wcześniejsze leczenie terapiami hormonalnymi jest dopuszczalne i nie wlicza się do liczby zastosowanych terapii; 5) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 6) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</p>	<p>Maksymalna całkowita dawka dobową olaparybu w skojarzeniu z durwalumabem wynosi 600 mg. Leczenie należy rozpocząć co najmniej 3 tygodnie do maksymalnie 9 tygodni po dniu ostatniego wlewu chemioterapii.</p> <p>Nie zaleca się zmniejszania dawki durwalumabu.</p> <p>1.3. Pembrolizumab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w monoterapii w I linii leczenia</p> <p>Zalecana dawka pembrolizumabu 200 mg co 3 tygodnie w skojarzeniu z karboplatiną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m² pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 6 cyklach, a następnie pembrolizumab w monoterapii 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>1.4. Dostarlimab w monoterapii w kolejnej linii leczenia</p> <p>Zalecana dawka w monoterapii wynosi 500 mg dostarlimabu co 3 tygodnie w pierwszych 4 cyklach, a następnie 1000 mg co 6 tygodni we wszystkich kolejnych cyklach (3 tygodnie pomiędzy cyklem 4, a cyklem 5).</p> <p>1.5. Pembrolizumab w monoterapii w kolejnej linii leczenia</p> <p>Zalecana dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to zarówno 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</p> <p>Nie dopuszcza się możliwości zamiany leków.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12) EKG; 13) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT); 7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 9) EKG; 10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>Badania laboratoryjne wykonuje się:</p> <p><u>w przypadku I linii leczenia systemowego:</u></p> <p>Dostarlimab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu z chemioterapią) a następnie co 3 miesiące.</p> <p>Durwalumab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem durwalumabu z chemioterapią) a następnie co 3 miesiące.</p>
--	---	---

1.2.1. dostarlimabem w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w terapii podtrzymującej dostarlimabem w monoterapii

1) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego (w przypadku postaci mieszanych co najmniej 10% komórek muszą stanowić mięsakoraki, raki jasnokomórkowe lub surowicze):

a) po leczeniu operacyjnym w stopniu III-IV:

- w stopniu IIIA, IIIB lub IIIC1 z obecnością choroby resztkowej,
- w stopniu IIIC2 lub IV bez względu na obecność choroby resztkowej,

lub

b) niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego w stopniu III-IV,

lub

c) z nawrotem choroby niekwalifikujący się do leczenia radykalnego, u chorych wcześniej nieleczonych chemioterapią,

lub

d) po terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej, których doszło do progresji choroby po co najmniej 6 miesiącach od zakończenia chemioterapii.

2) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu.

2. Modyfikacja dawkowania leków

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Olaparyb – co 1 miesiąc (nie dotyczy pkt 6,7,8).

Pembrolizumab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem pembrolizumabu z chemioterapią) a następnie co 3 miesiące.

w przypadku kolejnej linii leczenia systemowego:

Dostarlimab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu w monoterapii) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące.

Pembrolizumab – co 3 lub co 6 tygodni (tzn. przed każdym podaniem, w zależności od wybranego schematu podawania) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące.

2.2. Monitorowanie skuteczności

- 1) badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała powinny być wykonywane co 3 miesiące przez 12 miesięcy i następnie co 6 miesięcy;
- 2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

1.2.2. durwalumabem w skojarzeniu z karboplatiną i paklitaksellem, a następnie w terapii podtrzymującej durwalumabem z olaparybem lub bez olaparybu w zależności od statusu molekularnego guza

1) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego (w przypadku postaci mieszanych co najmniej 10% komórek muszą stanowić mięsakoraki, raki jasnokomórkowe lub surowicze):

a) po leczeniu operacyjnym w stopniu III-IV:

- w stopniu IIIA, IIIB lub IIIC1 z obecnością choroby resztkowej,
- w stopniu IIIC2 lub IV bez względu na obecność choroby resztkowej,

lub

b) niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego w stopniu III-IV,

lub

c) z nawrotem choroby niekwalifikujący się do leczenia radykalnego, u chorych wcześniej nieleczonych chemioterapią,

lub

d) po terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej, gdy doszło do progresji choroby po co najmniej 12 miesiącach od zakończenia chemioterapii.

2) potwierdzenie statusu MMR/MSI guza zwalidowanym testem:

a) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności

przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) - w przypadku leczenia durwalumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą platyny a następnie w terapii podtrzymującej durwalumabem.

albo

b) brak zaburzeń systemu naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair proficient, pMMR) lub bez wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite stable; bez MSI-H) - w przypadku leczenia durwalumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą platyny a następnie w terapii podtrzymującej durwalumabem z olaparybem. Tylko w przypadku udokumentowanego braku możliwości oznaczenia, dopuszcza się do leczenia pacjentki o nieznanym statusie molekularnym guza.

1.2.3. pembrolizumabem w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w terapii podtrzymującej pembrolizumabem w monoterapii

1) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy rak endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego;

a) po leczeniu operacyjnym w stopniu III-IV:

- w stopniu IIIA, IIIB lub IIIC1 z obecnością choroby resztkowej,
- w stopniu IIIC2 lub IV bez względu na obecność choroby resztkowej,

lub

b) niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego w stopniu III-IV,

lub

c) z nawrotem choroby niekwalifikujący się do leczenia radykalnego, u chorych wcześniej nieleczonych chemioterapią,

lub

d) po terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej, gdy doszło do progresji choroby po co najmniej 12 miesiącach od zakończenia chemioterapii.

- 2) zidentyfikowana obecność albo brak obecności upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu. Tylko w przypadku udokumentowanego braku możliwości oznaczenia, dopuszcza się do leczenia pacjentki o nieznanym statusie molekularnym guza.

1.2.4. dostarlimabem albo pembrolizumabem w monoterapii w kolejnej linii leczenia systemowego

- 1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium \geq IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego;
- 2) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub radioterapii.
- 3) progresja choroby w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii dwulekowej zawierającego platynę;
- 4) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch

repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instability-high, MSI-H) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z wyjątkiem:

- 1) stosowania dostarlimabu w skojarzeniu z chemioterapią, a następnie w monoterapii jako leczenia podtrzymującego, może trwać maksymalnie 36 miesięcy.
- 2) stosowania pembrolizumabu w skojarzeniu z chemioterapią, a następnie w monoterapii jako leczenia podtrzymującego, może trwać maksymalnie 20 cykli (6 cykli z chemioterapią, a następnie 14 cykli w monoterapii).

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab albo durwalumab albo olaparyb albo pembrolizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, potwierdzonej na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym

<p>nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;</p> <p>3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;</p> <p>4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
---	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI (ICD-10: T86.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego pacjentom z:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ostrą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD), albo 2) przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD), <p>udostępnia się terapię ruksolitynibem <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególniej terapii.</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjent z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 2) wiek 12 lat i powyżej; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 	<p>1. Dawkowanie leku</p> <p>1.1. ruksolitynib</p> <p>Zalecana dawka początkowa ruksolitynibu w leczeniu ostrej i przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg).</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leku</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi; 2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</p> <p>2.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badania wykonywane nie rzadziej niż co 14 dni: <ol style="list-style-type: none"> a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

- 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
- 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
- 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)

- 1) rozpoznanie ostrej (stopnia II do IV) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC;
- 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:
 - a) progresja choroby w zakresie jakiegokolwiek narządu w ciągu 5 dni od rozpoczęcia stosowania dawki $\geq 2,0$ mg/kg mc., a w przypadku aGvHD w stopniu II przynajmniej 0,5mg/kg mc. metyloprednizolonu lub jego odpowiednika,
 - b) brak odpowiedzi na kortykosteroidy w ciągu 7 dni,
 - c) niecałkowita odpowiedź na leki immunosupresyjne w tym kortykosteroidy po 28 dniach stosowania.

2.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)

- 1) badanie wykonywane co 2-4 tygodnie – morfologia krwi;
- 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie:
 - a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),
 - c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 3) w zależności od sytuacji klinicznej – badania w kierunku zakażeń wirusowych (np. CMV, EBV, BKV, Parwovirus B19 i innych).

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

3.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)

- 1) nie rzadziej niż co 14 dni – ocena stopnia nasilenia objawów aGvHD według kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC.

3.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)

- 1) nie rzadziej niż co 28 dni – ocena stopnia nasilenia objawów cGvHD według kryteriów np. NIH (National Institutes of Health).

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona według tych samych kryteriów dla oceny stopnia nasilenia objawów, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia i powinna pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)

- 1) rozpoznanie przewlekłej (umiarkowanej lub ciężkiej) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. NIH (National Institutes of Health);
- 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:
 - a) progresja objawów ciężkiej cGvHD w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce $\geq 1,0$ mg/kg mc, a w przypadku cGvHD umiarkowanej – w dawce $\geq 0,5-1,0$ mg/kg mc. lub odpowiednika przez 2 tygodnie,
 - b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce $\geq 0,5$ mg/kg mc. lub odpowiednika przez miesiąc,
 - c) nawrót objawów przy próbie odstawienia metyloprednizolonu lub odpowiednika.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż leczenie trwa maksymalnie do

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
 - a) w przypadku aGvHD:
 - całkowita odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
 - częściowa odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
 - brak odpowiedzi (NR),
 - b) w przypadku cGvHD:
 - całkowita odpowiedź na leczenie,
 - częściowa odpowiedź na leczenie,
 - brak odpowiedzi (NR),
 - c) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

czasu ustąpienia wszystkich objawów choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi z uwzględnieniem czasu potrzebnego do stopniowej redukcji dawki ruksolitynibu po uzyskaniu odpowiedzi na leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi;
- 2) brak jakiegokolwiek odpowiedzi na leczenie po maksymalnie:
 - a) 8 tygodniach w przypadku aGvHD,
 - b) 24 tygodniach w przypadku cGvHD;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

LECZENIE CHORYCH Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM (TRU, SLE) (ICD-10: M32)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapię:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>anifrolumabem</i>, 2) <i>rytuksymabem</i> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) do terapii anifrolumabem pacjenci w wieku ≥ 18 lat: <ol style="list-style-type: none"> a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR, oraz b) z aktywną chorobą definiowaną jako: <ol style="list-style-type: none"> i. wartość SLEDAI-2K ≥ 6, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4, lub 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. Anifrolumab</p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka anifrolumabu to podanie 300 mg co 4 tygodnie w infuzji dożylniej trwającej 30 minut.</p> <p>1.2. Rytuksymab</p> <p>Cykl leczenia składa się z dwóch infuzji dożylnych po 1000 mg każda podawanych w odstępie 2 tygodni. Kolejne cykle, w zależności od odpowiedzi klinicznej, mogą być podawane w odstępie nie krótszym niż 6 m-cy od podania drugiej infuzji poprzedniego cyklu.</p> <p>W sytuacjach szczególnych, za zgodą Zespołu Koordynacyjnego, może być ustalony odmienny schemat dawkowania i jednorazowa dawka rytuksymabu dla indywidualnego pacjenta.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) odczyn Biernackiego (OB); 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów; 4) płytki krwi (PLT); 5) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy; 6) aminotransferaza asparaginianowa (ALT); 7) aminotransferaza alaninowa (AST); 8) kinaza kreatynowa (CK); 9) badanie ogólne moczu; 10) białko w dobowej zbiorce moczu w przypadku dodatniego wyniku badania ogólnego moczu; 11) miano p/ciał przeciwwądrowych (ANA) met. IF; 12) profil ANA (w przypadku dodatniego miana ANA); 13) dsDNA; 14) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4; 15) stężenie IgG, IgM, IgA (w przypadku kwalifikacji do leczenia rytuksymabem);

ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 ≥ 1 A lub ≥ 2 B,

oraz

iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) > 1 ,

pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce $\geq 5,0$ mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub rytuksymab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania;

2) do terapii rytuksymabem pacjenci w wieku ≥ 18 lat oraz dzieci po okresie dojrzewania:

a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR,

oraz

b) z aktywną chorobą zdefiniowaną jako:

i. wartość SLEDAI-2K ≥ 6 , w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4 ,

lub

ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 ≥ 1 A lub ≥ 2 B,

oraz

iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) > 1 ,

16) test Quantiferon;

17) obecność antygeny HBs;

18) przeciwciała anty-HBc;

19) przeciwciała anty-HCV;

20) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);

21) EKG;

22) RTG lub TK klatki piersiowej (maksymalnie do 6 m-cy przed kwalifikacją);

23) stężenie prokalcytoniny (do decyzji lekarza);

24) test ciążowy (do decyzji lekarza);

25) USG stawów (do decyzji lekarza);

26) echo serca (do decyzji lekarza);

27) EMG (do decyzji lekarza).

2. Monitorowanie leczenia

1) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać:

a) stężenie CRP,

b) morfologię krwi,

c) płytki krwi (PLT),

d) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy,

e) AST i ALT,

f) CK (do decyzji lekarza),

g) badanie ogólne moczu,

h) białko w dobowej zbiorce moczu (do decyzji lekarza),

i) dsDNA,

j) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4,

pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce ≥ 5 mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub anifrolumab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania;

- 3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR /PTR;

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań

k) stężenie immunoglobulin IgG, IgM, IgA (w przypadku leczenia rytuksymabem)

oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 6 -12 miesiącach (± 1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc) w przypadku leczenia anifrolumabem lub po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od podania kolejnego cyklu w przypadku leczenia rytuksymabem.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Czas leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6-12 miesiącach (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc). Miernikiem adekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie wymienionych kryteriów odpowiedzi SRI-4 (a-c) lub BICLA (d-f) lub uzyskanie niskiej aktywności LLDAS (g-i) lub zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby (j):

a) zmniejszenie wartości SLEDAI-2K ≥ 4 ,

b) brak pogorszenia w innych układach narządów,

c) brak pogorszenia PGA $\geq 0,3$,

lub

d) poprawa wszystkich wyjściowych ocen A do B/C/D oraz ocen B do C/D w skali BILAG-2004,

e) brak pogorszenia w innych układach narządów,

f) brak pogorszenia PGA $\geq 0,3$ w skali 0-3,

lub

g) wartość SLEDAI-2K ≤ 4 lub wartość klinicznego SLEDAI-2K ≤ 2 ,

h) wartość PGA ≤ 1 ,

papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

i) aktualnie przyjmowana dawka GKS w przeliczeniu na prednizon $\leq 7,5$ mg/dobę,

lub

j) zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby definiowane jako co najmniej jedna nowa ocena A lub co najmniej dwie nowe oceny B w skali BILAG-2004 w odniesieniu do okresu 12 miesięcy poprzedzających leczenie w programie;

2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;

4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;

5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;

2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność

choroby;

- 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCĄ RODZINNĄ CHOLESTAZĄ WEWNĄTRZWĄTROBOWĄ (PFIC) (ICD-10: K76.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <p>1) <i>odewiksybat</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kliniczne rozpoznanie PFIC typu 1 lub PFIC typu 2; 2) wiek 6 m.ż. i powyżej; 3) potwierdzenie genetyczne PFIC-1 (w genie <i>ATP8B1</i>) lub PFIC-2 (w genie <i>ABCB11</i>); 4) masa ciała powyżej 5 kg; 5) podwyższone stężenie kwasów żółciowych w surowicy (s-BA) ($\geq 100 \mu\text{mol/l}$); 6) w wywiadzie uporczywy świąd tj. wynik w skali ObsRO ≥ 2 w ciągu 2 tygodni przed włączeniem do programu; 7) nieskuteczność kwasu ursodeoksycholowego oraz brak odpowiedzi na jeden z leków stosowanych w leczeniu świądu u pacjentów z chorobami cholestatycznymi (żywice jonowymienne, fibraty, ryfampicyna, naltrekson); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie <i>odewiksybatu</i> w programie i modyfikacja leczenia – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu PFIC.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena parametrów czynności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> a) stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids), b) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT), c) aminotransferaza alaninowa (AlAT), d) gamma-glutamylotransferaza (GGTP), e) fosfataza alkaliczna (ALP), f) alfa-fetoproteina (AFP) g) bilirubina całkowita; 2) ocena stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 3) ocena międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 4) badania obrazowe wątroby wg decyzji lekarza prowadzącego; 5) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4; 6) potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie <i>ATP8B</i> lub PFIC-2 w genie <i>ABCB11</i>.

- 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy pacjentów w wieku prokreacyjnym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni *odewiksybatem* w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu

- 1) patologiczne zmiany genu ABCB11, które przewidują całkowity brak funkcji BSEP;
- 2) obecność lub występujące w przeszłości inne rodzaje chorób wątroby, w tym między innymi:
 - a) atrezja dróg żółciowych wszelkiego rodzaju,
 - b) łagodna nawracająca cholestaza wewnątrzwątrobowa, na którą wskazuje jakikolwiek wywiad z prawidłowymi SBA,
 - c) podejrzenie lub potwierdzony w badaniach obrazowych rak wątroby lub przerzuty do wątroby,
 - d) histopatologia w biopsji wątroby, która sugeruje alternatywną etiologię cholestazy niezwiązaną z PFIC;
- 3) trwająca lub w historii choroby obecność jakiegokolwiek innej choroby lub stanu, który zakłóca wchłanianie, dystrybucję, metabolizm (w szczególności metabolizm kwasów żółciowych) lub wydalanie leków w jelicie, w tym między innymi nieswoiste zapalenie jelit;

2. Monitorowanie leczenia i bezpieczeństwa

- 1) zaburzenia czynności wątroby:
 - a) okresowe badania czynności wątroby wykonywane co 3 miesiące u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby, w tym:
 - stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids),
 - aminotransferaza asparaginianowa (AspAT),
 - aminotransferaza alaninowa (AIAT),
 - gamma-glutamylotransferaza (GGTP),
 - fosfataza alkaliczna (ALP),
 - bilirubina całkowita,
 - inne badanie w razie wskazań klinicznych;
- 2) biegunka:
 - a) regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u pacjentów, u których występuje biegunka;
- 3) ciąża:
 - a) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
- 4) ocena witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:
 - a) kontrolowanie stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.

3. Ocena skuteczności leczenia

Skuteczność leczenia *odewiksybatem* oceniana jest na podstawie:

- 1) stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi – za skuteczne uznaje się leczenie jeśli nastąpi zmniejszenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy o co najmniej 70% względem wartości początkowych lub osiągnięcie stężenia $\leq 70 \mu\text{mol/l}$ (28,6 $\mu\text{g/ml}$);

4) trwająca lub przebyta w historii choroby przewlekła (tj. >3 miesiące) biegunka wymagająca podania płynów dożylnych lub interwencji żywieniowej w celu leczenia biegunki lub jej następstw;

5) przebycie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD), który okazał się skuteczny.

Ocenę skuteczności zabiegu chirurgicznego powinno się wykonać nie wcześniej niż 4-6 tygodni od zabiegu. W przypadku potwierdzenia nieskuteczności zabiegu chirurgicznego (bez określania kryterium czasu) – możliwe jest zastosowanie leczenia *odewiksybatem* w zależności od indywidualnej oceny lekarza;

6) wcześniejszy przeszczep wątroby lub przeszczep wątroby zaplanowany w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia;

7) niewyrównana choroba wątroby, koagulopatia, wywiad lub obecność klinicznie istotnego wodobrzusza, krwotoku żylakowego lub encefalopatii;

8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) >1,4;

9) stężenie AlAT w surowicy >10 × górna granica normy (GGN) w badaniu wstępnym;

10) stężenie AlAT w surowicy >15 × GGN w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 6 miesięcy;

11) całkowita bilirubina >10 × GGN w badaniu wstępnym.

3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu Świadczeniobiorcy z programu.

2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora (ObsRO) – za skuteczne uznaje się leczenie wówczas gdy ocena świądu stanowi wynik ≤ 1 lub poprawa o co najmniej 1 punkt względem stanu wyjściowego (oceny świądu przeprowadzane są rano i wieczorem, stosując 5-punktową skalę Albireo ObsRO (0–4));

3) oceny konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby - za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie jest konieczne wykonanie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby;

4) oceny progresji w zakresie zwłóknienia wątroby metodą elastografii lub APRI lub FIB-4 – za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie dochodzi do progresji zwłóknienia w ocenie lekarza prowadzącego mającego doświadczenie w leczeniu PFIC.

Określenie stopnia zwłóknienia wątroby powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Powyższe badania laboratoryjne i obrazowe wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia *odewiksybatem* wykonuje się w 3 oraz 6 miesiącu od rozpoczęcia terapii, a następnie co 3 miesiące.

Odpowiedź kliniczna na leczenie *odewiksybatem*, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1-2, przy jednoczesnym spełnieniu łącznie warunków określonych w punktach 3-4.

4. Monitorowanie programu

Pacjenci, którzy nie wykazują korzyści klinicznych po 6 miesiącach ciągłego leczenia w programie, zgodnie z pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia, zostają z niego wyłączeni.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia;
- 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
 - a) stężenia kwasów żółciowych w surowicy,
 - b) ocena snu oraz jakości snu w skali ObsRO,
 - c) zmiany stężenia wyszczególnionych w powyższych pkt. parametrów laboratoryjnych,
 - d) konieczność/brak konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego,
 - e) ocena stopnia zwłóknienia wątroby;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE PACJENTÓW Z NAPADAMI PADACZKOWYMI W PRZEBIEGU ZESPOŁU STWARDNIENIA GUZOWATEGO (ICD-10: G40)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <p>1) <i>kannabidiol</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu stwardnienia guzowatego, w przypadku braku pełnej kontroli napadów padaczkowych z zastosowaniem aktualnie stosowanych leków przeciwpadaczkowych; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Maksymalna dawka <u>kannabidiolu</u> to 12,5 mg/ kg mc. podawana 2 x dobę (25 mg/kg mc./dobę).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. <p>Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu stwardnienia guzowatego wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu; b) liczba dni bez napadów; c) najdłuższy czas trwania napadu; d) semiologia napadu;

- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 7) brak przeciwwskazań do stosowania *kannabidiolu* zgodnie z aktualną ChPL;
- 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia *kannabidiolem*, rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia *kannabidiolem*;
- 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdym kolejnych 3 miesiącach leczenia *kannabidiolem* rozumianej jako

e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków w przerywających napad.

2.2. Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy wykonać:

- 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;
- 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.

2.3. Po 4 miesiącach od pierwszego podania *kannabidiolu* należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności.

Wskaźniki efektywności:

- a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia *kannabidiolem*;
- b) liczba dni bez napadów;
- c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza;
- d) działania niepożądane.

Jeżeli terapia jest kontynuowana:

- powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy;
- ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące.

nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia *kannabidiolem* w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia *kannabidiolem*;

- 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka;
- 4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 3.1. lub 3.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu);
- 5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;
- 8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;
- 9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

W przypadku zmiany dawki *kannabidiolu* powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać:

- 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;
- 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.

2. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.3.;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

LECZENIE PACJENTÓW Z ZESPOŁEM LENNOXA-GASTAUTA LUB Z ZESPOŁEM DRAVET (ICD-10: G40.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie jedną z następujących substancji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>kannabidiol</i>, 2) <i>fenfluramina</i>, <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet, w którym napady padaczkowe nie są w pełni kontrolowane przez aktualnie stosowane leki przeciwpadaczkowe; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) w przypadku kwalifikacji do terapii kannabidiolem: obecna terapia przeciwpadaczkowa prowadzona z użyciem klobazamu 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>1.1. Dawkowanie kannabidiolu</p> <p><u>Kannabidiol</u> jest wskazany do stosowania w leczeniu napadów padaczkowych związanych z zespołem Lennox-Gastauta (LGS) lub z zespołem Dravet (DS) jako lek wspomagający w skojarzeniu z klobazamem.</p> <p>Maksymalna dawka <u>kannabidiolu</u> to 10 mg/kg mc. podawana 2 x dobę (20 mg/kg mc./dobę).</p> <p>1.2. Dawkowanie fenfluraminy</p> <p>Maksymalna dawka fenfluraminy to 26 mg (13 mg dwa razy na dobę, tj. 6,0 ml dwa razy na dobę). Fenfluramina objęta jest programem kontrolowanego dostępu, który zapobiega stosowaniu poza wskazaniami rejestracyjnymi do zmniejszania masy ciała u pacjentów otyłych oraz</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1.1. Terapia kannabidiolem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; <p>1.2. Terapia fenfluraminą:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie echokardiograficzne; 3) pomiar ciśnienia krwi; 4) badania antropometryczne (masa ciała, BMI). <p>Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dziennikiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p>

<p>lub równoczesne rozpoczęcie terapii klobazamem w momencie włączenia do programu;</p> <p>5) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych w okresie co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania:</p> <p>a) kannabidiolu oraz klobazamu zgodnie z aktualną ChPL w przypadku kwalifikacji do terapii kannabidiolem,</p> <p>b) fenfluraminy zgodnie z aktualną ChPL w przypadku kwalifikacji do terapii fenfluraminą;</p> <p>9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p>ma zapewnić, że przepisujący lek lekarze zostali poinformowani o konieczności okresowej kontroli czynności serca u pacjentów przyjmujących fenfluraminę.</p>	<p>2.1. W ramach monitorowania leczenia pacjent lub jego opiekun prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów:</p> <p>a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu;</p> <p>b) liczba dni bez napadów w miesiącu;</p> <p>c) najdłuższy czas trwania napadu;</p> <p>d) semiologia napadu;</p> <p>e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad.</p> <p>2.2. W przypadku terapii kannabidiolem po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania kannabidiolu należy wykonać:</p> <p>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</p> <p>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy.</p> <p>W przypadku zmiany dawki kannabidiolu powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać:</p> <p>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</p> <p>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.</p> <p>2.3. W przypadku terapii fenfluraminą:</p>
--	---	--

3. Zmiana terapii w ramach programu lekowego

Zmiana terapii z kannabidiolu na fenfluraminę oraz z fenfluraminy na kannabidiol jest możliwa wyłącznie w przypadku wystąpienia przeciwwskazań zgodnych z aktualną ChPL oraz przy spełnieniu kryteriów kwalifikacji do danej terapii.

Zmiana możliwa jest po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet.

Przy zmianie terapii, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet wskaże wartości wyjściowe do kolejnych ocen skuteczności.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia (± 14 dni), rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia;
- 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdym kolejnych 3 miesiącach leczenia (± 14 dni) rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia;
- 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka;
- 4) zakończenie stosowania klobazamu – dotyczy terapii kannabidiolem;

- 1) przez pierwsze dwa lata badanie echokardiograficzne należy wykonywać co 6 miesięcy, następnie co rok;
- 2) badania wykonywane raz w roku:
 - a) morfologia krwi z rozmazem,
 - b) pomiar ciśnienia krwi,
 - c) pomiary antropometryczne (masa ciała, BMI);
- 3) badanie echokardiograficzne należy wykonać 3-6 miesięcy po zakończeniu/przerwaniu terapii z jakiegokolwiek przyczyny.

2.4. Po 4 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania kannabidiolu lub fenfluraminy należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności.

Wskaźniki efektywności:

- a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia;
- b) liczba dni bez napadów;
- c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza;
- d) działania niepożądane.

Jeżeli terapia jest kontynuowana ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące (± 14 dni).

W przypadku wystąpienia stanów uniemożliwiających ocenę skuteczności (np. infekcji, gorączki, wzrostu aktywności enzymów wątrobowych) możliwe jest czasowe wstrzymanie oceny skuteczności terapii przy czym odroczenie nie może być dłuższe niż 9 miesięcy.

- 5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;
- 8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;
- 9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.4.;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

LECZENIE CHORYCH Z NERWIAKOWŁÓKNIAKAMI SPLOTOWATYMI W PRZEBIEGU NEUROFIBROMATOZY TYPU 1 (NF1) (ICD-10: Q85.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu prowadzona jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nerwiakowłókniaków Splotowatych u Chorych z Neurofibromatozą Typu 1 (NF1), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <p style="padding-left: 20px;">1) <i>selumetynib</i>;</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek: ≥ 3 i ≤ 18 r.ż.; 2) powierzchnia ciała $\geq 0,55\text{m}^2$; 3) zdolność do połykania całych kapsułek bez niszczenia ich otoczki i wysypywania zawartości; 4) potwierdzone klinicznie lub molekularnie rozpoznanie NF-1 zgodnie z najnowszymi kryteriami konferencji konsensusu NIH-88; 5) objawowy tj. powodujący istotne objawy kliniczne wymagające interwencji medycznej lub zagrożenie dla zdrowia lub życia, nieoperacyjny nerwiakowłókniak splotowaty (PN) co najmniej 3 cm w jednym wymiarze, którego nie można całkowicie usunąć chirurgicznie bez ryzyka znacznych powikłań z powodu 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka <i>selumetynibu</i> wynosi $25\text{mg}/\text{m}^2$ powierzchni ciała, przyjmowana doustnie dwa razy na dobę (co około 12 godzin).</p> <p>Dawka jest ustalana indywidualnie na podstawie powierzchni ciała (mg/m^2) i zaokrąglana do najbliższej dostępnej wartości dawki 5 mg lub 10 mg (do maksymalnej pojedynczej dawki 50 mg).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Każdy cykl leczenia trwa 28 dni.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej; 3) oznaczenie stężenia albuminy; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) ocena aktywności kinazy fosfokreatynowej; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 8) ocena koagulogramu; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF): <ol style="list-style-type: none"> a) wywiad w kierunku występowania zaburzeń czynności lewej komory serca u pacjentów z początkową wartością LVEF poniżej dolnej granicy normy (DGN); b) echokardiografia – ocena LVEF (przed rozpoczęciem leczenia LVEF powinna być wyższa niż DGN); 11) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR (wynik nie starszy niż dwa miesiące); 12) szczegółowe badanie okulistyczne z wykluczeniem obecnej lub przebytej w przeszłości retinopatii surowiczej środkowej,

lokalizacji lub bezpośredniego sąsiedztwa ważnych życiowo struktur anatomicznych, inwazyjności lub bogatego unaczynienia, powodującego określone ryzyko chirurgiczne zabiegu.

Świadczeniobiorca, który przeszedł resekcję PN może kwalifikować się do leczenia pod warunkiem, że PN nie został całkowicie wycięty i możliwa jest jego ocena wolumetryczna za pomocą badania rezonansu magnetycznego;

6) stan sprawności:

a) dorośli i dzieci w wieku co najmniej 16 lat stan sprawności co najmniej 70% w skali Karnofsky'ego,

b) dzieci w wieku poniżej 16 r.ż. co najmniej 70% w skali Lansky'ego;

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);

8) nieobecność istotnych stanów i schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego, w oparciu o aktualną ChPL;

9) brak trwającej terapii przeciwnowotworowej niezależnie od przyczyny, w tym zawłaszcza: radioterapii, chemioterapii, terapii hormonalnej, przeciwnowotworowej immunoterapii lub terapii biologicznej;

10) nieobecność transformacji złośliwej PN do złośliwego guza osłonek nerwów obwodowych (MPNST), w PN o radiologicznych lub klinicznych cechach pobudzenia (tzw. Atypowe PN) na podstawie biopsji i badania histopatologicznego;

11) brak zmian patologicznych w dokładnym badaniu okulistycznym sugerujących odwarstwienie nabłonka

obecnej lub przebytej w przeszłości niedrożności żyły siatkówkowej oraz oceną ciśnienia śródgałkowego (IOP) i wykluczeniem niekontrolowanej jaskry;

13) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała;

14) ocena ryzyka zadławienia kapsułką i zaburzeń połykania.

2. Monitorowanie

2.1. Monitorowanie leczenia pacjentów

1) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR;

2) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała (w celu dostosowania dawki leku);

3) echokardiografia - ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);

4) ocena okulistyczna;

5) badania laboratoryjne dotyczące wątroby:

a) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej,

b) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej,

c) oznaczenie stężenia albuminy,

d) oznaczenie stężenia bilirubiny;

6) ocena zmian skórnych i zaburzeń tkanki podskórnej;

7) ocena krzepliwości (w tym INR lub czas protrombinowy).

Badania wykonuje się:

1) nie rzadziej niż co 6 cykli leczenia;

2) każdorazowo w przypadku wskazań klinicznych albo wyłączenia pacjenta z programu.

2.2. Monitorowanie skuteczności terapii

barwnikowego siatkówki (ang. retinal pigment epithelial detachment, RPED) lub centralną surowiczą retinopatię (ang. central serous retinopathy, CSR) ze zmniejszoną ostrością widzenia oraz jaskrę (nie wlicza się w to zaburzeń widzenia związanych z powikłaniami rozwoju typowych dla NF1 glejaków nerwów wzrokowych lub PN oczodołu);

12) upływanie co najmniej:

- a) 4 tygodni od ewentualnego leczenia farmakologicznego z powodu PN oraz ustąpienie wszystkich ostrych działań niepożądanych,
- b) upływanie co najmniej 6 tygodni od zastosowanej radioterapii,
- c) upływanie co najmniej 4 tygodni od zabiegu chirurgicznego;

13) brak przeciwwskazań do stosowania *selumetynibu*;

14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

W związku z bezpieczeństwem stosowania leczenie może zostać czasowo wstrzymane zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.

Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie

Na podstawie wyników oceny wolumetrycznej PN w badaniu MR określa się dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- 1) całkowitą odpowiedź (CR) rozumianą jako brak obecności wybranego do oceny PN;
- 2) odpowiedź częściową (PR) rozumianą jako zmniejszenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową. PR uznaje się za niepotwierdzony przy pierwszym wykryciu, potwierdzony po ponownym zaobserwowaniu w kolejnym wolumetrycznym MR;
- 3) chorobę stabilną (SD) rozumianą jako niewystarczającą zmianę objętości wybranego do oceny leczenia PN w stosunku do wartości wyjściowej, aby kwalifikować się do PR lub progresji choroby;
- 4) progresję choroby (PD) rozumianą jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR;
- 5) jakość życia wg kwestionariusza PedsQL;
- 6) ocena nasilenia bólu wg NRS-11 (ang. Numerical Rating Scale) oraz PII (ang. Pain Interference Index).

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku, określając przy tym:

- 1) czas do progresji (PFS);
- 2) całkowity odsetek odpowiedzi w programie lekowym (ORR);
- 3) wskaźnik wzrostu PN (ang. PN growth rate).

pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2.2 Monitorowanie skuteczności terapii.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak korzyści klinicznych lub progresja choroby, rozumiana jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *selumetynib* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL;
- 4) klinicznie istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub utrzymujący się stan sprawności:
 - a) niższy niż 70% według skali Karnofsky'ego w przypadku dorosłych i dzieci mających co najmniej 16 lat,
 - b) niższy niż 70% według skali Lansky'ego w przypadku dzieci poniżej 16 lat;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *selumetynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników wymienionych w pkt. 2.2., z częstotliwością zgodną z opisem programu;
- 3) kliniczne przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE CHORYCH Z ZAPALENIEM NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH Z POLIPAMI NOSA (ICD-10: J32, J33)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>dupilumabem</i>, 2) <i>mepolizumabem</i>, <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek ≥ 18 lat; 2) potwierdzone zapalenie typu 2: tkankowa eozynofilia ≥ 10/wpw lub eozynofilia we krwi ≥ 150, lub IgE całkowite ≥ 100; 3) ciężkie przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych: <ol style="list-style-type: none"> a) obustronne polipy nosa (potwierdzone badaniem endoskopowym) – wynik w skali NPS ≥ 5, b) wynik w skali SNOT-22 ≥ 40; 4) brak kontroli choroby stwierdzonej przez lekarza prowadzącego mimo stosowania kortykosteroidów ogólnoustrojowych lub przeciwwskazania do ich zastosowania (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023); 5) co najmniej 2 zabiegi chirurgiczne zatok przynosowych z otwarciem co najmniej 3 zatok w tym sitowia tylnego (zatoki 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. dupilumab</p> <p>Dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna dupilumabu u dorosłych pacjentów to podanie 300 mg.</p> <p>Następnie dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 300 mg co dwa tygodnie.</p> <p>1.2. mepolizumab</p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu to 100 mg podawane podskórnym raz na 4 tygodnie.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie tomografii komputerowej zatok wykonane maksymalnie na 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 2) ocena wielkości polipów nosa w skali NPS w badaniu endoskopowym (aktualny wynik- ważność badania maksymalnie 4 tygodnie); 3) ocena jakości życia przy wykorzystaniu testu SNOT-22; 4) pomiar eozynofilii tkankowej lub eozynofilii we krwi lub całkowitego stężenia IgE (aktualne wyniki- ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 5) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

sitowej tylnej) udokumentowane w wywiadzie (ostatni zabieg wykonany co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu) lub przeciwwskazania do operacji zgodnymi z obowiązującymi przeciwwskazaniami do zabiegu chirurgicznego w PZZPzPN (kwestionariuszem kwalifikacji do zabiegu);

- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Czas leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz

3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia

Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię zapalenia nosa i zatok przynosowych danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

- 7) ocena nasilenia objawów w skali NPS (w oparciu o wyniki badania endoskopowego) oraz SNOT-22;
- 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych;
- 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie leczenia

Po 24 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej, a następnie po 4 miesiącach należy wykonać:

- 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
 - a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
 - d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg:
 - a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym,
 - b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
 - c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22,
 - d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak skuteczności, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta, rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z kryteriów:
 - obniżenie wyniku w skali NPS o ≥ 1 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem),
 - obniżenie wyniku w skali SNOT-22 o $\geq 8,9$ pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem),
 - redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
 - zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa

Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 4 miesiące:

- 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
 - a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
 - d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg:
 - a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym,
 - b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
 - c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22,
 - d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej

- 5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII (G.70.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>rytuksymab</i>, 2) <i>efgartigimod alfa</i>, 3) <i>rawulizumab</i>, <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek: 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie miastonii uogólnionej (myasthenia gravis, MG), według Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA): klasa II, III lub IV; 3) całkowity wynik w skali MG-działania życia codziennego (MG-ADL) ≥ 5, w tym minimum 50% uzyskanych punktów z objawów pozaocznych; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 	<p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>1. Dawkowanie rytuksymabu</p> <p><u>Leczenie inicjujące:</u></p> <p>Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.):</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 375 mg/m² pow. ciała podawana co tydzień przez 4 kolejne tygodnie, <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> b) dwie dawki po 1 g w odstępie 2 tygodni. <p><u>Leczenie podtrzymujące:</u></p> <p>Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.):</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 375 mg/m² pow. ciała, <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> b) 500 mg. <p>podawane w odstępach minimum 6 miesięcy.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocena stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wraz z określeniem wartości w punkcie początkowym; 2) w przypadku braku wcześniejszego wyniku oznaczenie statusu serologicznego miastonii; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 5) morfologia krwi z rozmazem; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; <p><u>dotyczy terapii rytuksymabem:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 8) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM; 9) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20; 10) badanie CRP; 11) test na obecność HBsAg; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV; 13) badanie ogólne moczu; 14) test Quantiferon;

1.1. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii rytuksymabem

1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR, ARAB)

lub dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko białku związanemu z receptorem lipoproteiny o niskiej gęstości⁴ (anty-LRP4)

lub dodatni wynik przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK)

lub w przypadku pacjentów seronegatywnych stwierdzenie zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej wykazane w przeszłości lub obecnie w badaniu metodą elektrostymulacyjnej próby męczliwości (próbie miastenicznej) lub elektromiografii pojedynczego włókna mięśniowego (SFEMG)

2) w przypadku pacjentów z uogólnioną miastenią MuSK-dodatnią rytuksymab można zastosować jako opcję terapeutyczną jeśli ich odpowiedź na immunoterapię jest niezadowolająca, tj. odpowiada nasileniu objawów jak w pkt. 1.

3) w przypadku pacjentów AChR-dodatnich, LRP4-dodatnich lub seronegatywnych wysoka aktywność choroby, stwierdzona na podstawie spełnienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

a) u pacjentów w pierwszym roku po zachorowaniu utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA \geq IIb) pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego,

b) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA \geq IIa) i ciężkie zaostrzenie/przełom miasteniczny w ciągu poprzedniego roku pomimo

W uzasadnionych klinicznie przypadkach możliwe jest zastosowanie dawki inicjującej.

2. Dawkowanie efgartigimodu alfa

Zalecana dawka to 10 mg/kg masy ciała w postaci wlewu dożylnego podawanego w cyklach raz w tygodniu przez 4 tygodnie.

Kolejny cykl leczenia należy stosować zgodnie z oceną kliniczną. Częstotliwość cykli leczenia może się różnić w zależności od pacjenta przy czym najwcześniejszy czas rozpoczęcia kolejnego cyklu leczenia wynosi 7 tygodni od pierwszego wlewu w poprzednim cyklu.

3. Dawkowanie rawulizumabu

a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylniej,

b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylniej. Pierwszą dawkę podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylniej co 8 tygodni.

15) badanie EKG;

16) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV, Quantiferon konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych;

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Każdorazowo przed podaniem rytuksymabu należy wykonać:

1) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM;

2) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;

3) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;

4) morfologia krwi z rozmazem;

5) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20;

6) badanie CRP;

7) test na obecność HBsAg;

8) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV;

9) badanie ogólne moczu;

10) test ciążowy;

11) badanie EKG;

12) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych.

Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wykonuje się co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie co 6 miesięcy.

2.2. Przed rozpoczęciem cyklu leczenia efgartigimodem alfa należy

odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego,

c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA \geq IIa) przez co najmniej 2 poprzednie lata pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego;

4) brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu zgodnie z aktualną ChPL;

5) u pacjentów seronegatywnych (bez AChRAb, MuSKAb, LRP4Ab) brak podstaw do rozpoznania genetycznie uwarunkowanego wrodzonego zespołu miastenicznego lub zespołu miastenicznego Lamberta-Eatona

Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.1. muszą być spełnione łącznie.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia efgartigimodem alfa

1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR);

2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastonii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano:

a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu

b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy

wykonać:

- 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;
- 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;
- 3) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 4) morfologię krwi z rozmazem.

Maksymalnie 12 tygodni po rozpoczęciu pierwszego cyklu leczenia konsultacja neurologiczna z oceną konieczności podania drugiego cyklu leczenia.

Oceny skuteczności leczenia na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL dokonuje się po drugim i każdym kolejnym cyklu leczenia.

Ocenę skuteczności leczenia należy wykonać po co najmniej 8 tygodniach od rozpoczęcia cyklu leczenia jednak nie później niż po 12 tygodniach.

2.3. Przed podaniem rawulizumabu należy wykonać następujące badania:

- 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;
- 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;
- 3) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 4) morfologia krwi z rozmazem.

Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL należy wykonać co 4 miesiące w pierwszym roku leczenia a następnie co 6 miesięcy.

3. Monitorowanie programu

- 1) ocena skuteczności:

c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA \geq IIa) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia efgartigimodem

lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii,

lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

3) brak przeciwwskazań do stosowania efgartigimodu alfa zgodnie z aktualną ChPL.

Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.2. muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia efgartigimodem alfa spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia rawulizumabem

1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR);

2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastonii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano:

a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące

a) wskaźniki efektywności:

- zmiana wyniku w skali MG-ADL w stosunku do wartości w punkcie początkowym;

2) ocena bezpieczeństwa

a) monitorowanie działań niepożądanych;

3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

4) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:

a) wynik w skali MG-ADL w punkcie początkowym,

b) wynik w skali MG-ADL podczas oceny skuteczności;

5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu

b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy

c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA \geq IIa) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia rawulizumabem,

lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii,

lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

3) brak przeciwwskazań do stosowania rawulizumabu zgodnie z aktualną ChPL;

4) wykonanie szczepienia przeciw meningokokom, a w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa.

Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.3. muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia rawulizumabem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu lekowego, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu lekowego określonymi w punkcie 3.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) w przypadku terapii rytuksymabem brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym oceniane co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie do 6 miesięcy;
- 2) w przypadku terapii efgartigimodem alfa brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym cyklu leczenia, utrzymującej się przez co najmniej 4 kolejne tygodnie;
- 3) w przypadku terapii rawulizumabem brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym oceniane co 4 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie co 6 miesięcy;
- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia;
- 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;

- 7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

4. Zmiana leczenia

Zmiana terapii z efgartigimodu alfa na rawulizumab oraz z rawulizumabu na efgartigimod alfa jest możliwa w przypadku:

- 1) wystąpienia przeciwwskazań zgodnych z aktualną ChPL;
- 2) braku skuteczności opisanej w pkt. 3.;

przy założeniu spełnienia kryteriów kwalifikacji do danej terapii.

Przy zmianie terapii do oceny skuteczności należy wziąć pod uwagę okres przed rozpoczęciem leczenia substancją, która stosowana była przed zmianą.

LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B i B (ICD-10: E75.241, E75.244)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie olipudazą alfa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>1.1. Dzieci:</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek < 18. roku życia; rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym; objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania, oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Zalecane dawkowanie:</p> <p>1.1. Dawkę olipudazy alfa ustala się na podstawie rzeczywistej masy ciała u pacjenta ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, ang. Body Mass Index) ≤ 30 lub optymalnej masy ciała u pacjenta z BMI > 30.</p> <p>1.2. Zalecana dawka początkowa olipudazy alfa wynosi 0,1 mg/kg mc. dla dorosłych, a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki:</p> <p>I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,1 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,3 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,6 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 1 mg/kg mc.,</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy; analiza genu SMPD1; badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin; badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLco) – u pacjentów w wieku ≥ 18. roku życia; badanie aktywności chitotriozydazy; morfologia krwi z rozmazem; oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); oznaczenie czasu protrombinowego (INR); oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i sprzężonej; oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL; badanie USG i MRI jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby;

- 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;
- 7) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Dorośli:

- 1) wiek ≥ 18 . roku życia;
- 2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sфингомиелиназы, potwierdzone badaniem genetycznym;
- 3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częścią splenektomią) ≥ 6 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);
- 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;
- 7) zdolność dyfuzyjna płuc dla tlenu węgla (DLco) $\leq 70\%$ przewidywanej wartości prawidłowej;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających

VII dawka (Tydzień 12) 2 mg/kg mc.,
VIII dawka (Tydzień 14) 3 mg/kg mc.
(zalecana dawka podtrzymująca).

1.3. Zalecana dawka początkowa olipudazy alfa dla dzieci i młodzieży wynosi 0,03 mg/kg mc., a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki:
I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,03 mg/kg mc.,
II dawka (Tydzień 2) 0,1 mg/kg mc.,
III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc.,
IV dawka (Tydzień 6) 0,3 mg/kg mc.,
V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc.,
VI dawka (Tydzień 10) 0,6 mg/kg mc.,
VII dawka (Tydzień 12) 1 mg/kg mc.,
VIII dawka (Tydzień 14) 2 mg/kg mc.,
IX dawka (Tydzień 16) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca).

1.4. Etap leczenia podtrzymującego:

Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie

1.5. Pacjenci z BMI > 30:

U dorosłych oraz dzieci i młodzieży ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) > 30, masa ciała stosowana w celu obliczenia dawki **olipudazy alfa** jest szacowana na podstawie następującej metody (dla etapu zwiększania dawki i leczenia podtrzymującego). Masa ciała (kg) stosowana do obliczenia dawki = $30 \times (\text{wzrost w m})^2$.

- 15) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT;
- 16) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania);
- 17) pomiary antropometryczne (masa i wysokość/długość ciała);
- 18) elektrokardiografia (EKG);
- 19) badanie densytometryczne kości (DEXA) – opcjonalnie uzasadnionych przypadkach;
- 20) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego);
- 21) konsultacja neurologiczna;
- 22) konsultacja pulmonologiczna (w uzasadnionych przypadkach).

2. Monitorowanie leczenia

2.1. badania wykonywane co najmniej co 6 miesięcy:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) parametry czynności wątroby (aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), bilirubina całkowita);
- 3) pomiary antropometryczne (masa i wysokość ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); u dorosłych pacjentów tylko masa ciała;
- 4) stosowne do wieku oceny neurologiczne i rozwojowe (u dzieci).

2.2. badania wykonywane po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy:

- 1) badanie MRI i USG jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby - badania

badan klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą i/lub karmieniem piersią które w momencie wyłączenia nie spełniały pozostałych kryteriów wyłączenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3.

Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako: brak zmniejszenia objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% w porównaniu z wielkością narządu ocenioną na wizycie kwalifikującej do leczenia (stwierdzone w badaniu MRI) w okresie pierwszych 12 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych – zmniejszenie objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% względem wartości określonej przy kwalifikacji pacjenta, musi być potwierdzone na każdej kolejnej wizycie monitorującej leczenie tj. co 6 miesięcy po pierwszych 12 miesiącach leczenia;
- 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;
- 3) wystąpienie objawów ciężkiej nadwrażliwości na lek;

obligatoryjne po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy terapii – USG obligatoryjne, natomiast MRI jedynie w przypadku stwierdzenia zwiększenia objętości śledziony lub wątroby w badaniu USG sugerujące możliwość spełnienia kryterium wyłączenia pkt. 1;

- 2) badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin;
- 3) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL;
- 4) elektrokardiografia (EKG);
- 5) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT – w uzasadnionych przypadkach;
- 6) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania) - w uzasadnionych przypadkach;
- 7) badanie densytometryczne kości (DXA) – w uzasadnionych przypadkach;
- 8) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich - w uzasadnionych przypadkach;
- 9) konsultacja neurologiczna;
- 10) konsultacja pulmonologiczna - w uzasadnionych przypadkach;
- 11) konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach.

3. Ocena skuteczności leczenia

3.1. Wskaźniki efektywności leczenia:

- a) zmiana objętości śledziony i wątroby (w MRI oraz USG i w %),
- b) poprawa obrazu płuc w RTG lub HRCT – jeśli dotyczy.

- 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 5) okres ciąży i karmienie piersią;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.

3.2. Oczekiwane korzyści zdrowotne (wartości dla wskaźników efektywności):

- a) zmniejszenie objętości wątroby i śledziony u pacjentów leczonych olipudazą alfa,
- b) zmniejszenie objawu „mlecznego szkła” i zmniejszenie wyniku ILD – jeśli dotyczy.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punktach 3.1. oraz 3.2.;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA SZYJKI MACICY (ICD-10: C53)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie pacjentek na raka szyjki macicy inhibitorami PD-1.</p> <p>I. W leczeniu pierwotnym chorych na nowozdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy dostępna jest terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pembrolizumab w skojarzeniu z chemioradioterapią, a następnie w monoterapii. <p>II. W leczeniu chorych na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy dostępne są terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu w I linii leczenia systemowego; 2) cemiplimab w monoterapii w II albo III linii leczenia systemowego po chemioterapii lub chemioterapii z bewacyzumabem. <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia z użyciem immunoterapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p>1.1 Ogólne kryteria kwalifikacji</p>	<p>1. Dawkowanie leków</p> <p>1.1. Leczenie nowozdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy</p> <p>1.1.1. pembrolizumab w skojarzeniu z chemioradioterapią, a następnie w monoterapii</p> <p>Początkowo pembrolizumab stosowany jest jednocześnie z chemioradioterapią. Następnie pembrolizumab stosowany jest w monoterapii.</p> <p>Rozpoczęcie podawania pembrolizumabu powinno nastąpić w ciągu 3 dni od rozpoczęcia chemioradioterapii.</p> <p>Zalecana dawka pembrolizumabu:</p> <p>5 pierwszych podań po 200 mg co 3 tygodnie, a następnie 15 podań po 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Chemioradioterapia:</p> <p>5 cykli cisplatyny w dawce 40 mg/m² pc. + radioterapia wiązkami zewnętrznymi (EBRT), a następnie brachyterapia.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie określonego typu raka szyjki macicy; 2) potwierdzenie zvalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (w przypadku leczenia pembrolizumabem przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 9) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny lub czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 10) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 11) badanie ogólne moczu; 12) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 13) elektrokardiogram (EKG);

<ol style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie histologiczne raka gruczołowego lub gruczołowo-płaskonabłonkowego lub płaskonabłonkowego; 2) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 3) wiek powyżej 18 roku życia; 4) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 5) nieobecność objawowych przerzutów do OUN; 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 11) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. <p>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji</p> <p>1.2.1. chorych na nowozdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy w leczeniu pierwotnym pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioradioterapią, a następnie w monoterapii</p>	<p>W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość podania jednego dodatkowego cyklu cisplatyny – do decyzji lekarza prowadzącego.</p> <p>1.2. Leczenie przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy dostępna dostępne są terapie:</p> <p>1.2.1. pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu</p> <p>Pembrolizumab stosowany w skojarzeniu z paklitakselem i cisplatyną lub z paklitakselem i karboplatyną, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu.</p> <p>Zalecana dawka pembrolizumabu: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Chemioterapia: paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m² pc. albo paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m² pc.+ bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc., albo paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min., albo paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min + bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14) pomiar ciśnienia tętniczego (w przypadku leczenia pembrolizumabem przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy); 15) badanie obrazowe (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej); 16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów w RECIST.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 9) badanie ogólne moczu; 10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.
---	--	---

- 1) nowozdiagnozowany, miejscowo zaawansowany rak szyjki macicy (stopień III-IVA zgodnie z klasyfikacją FIGO z 2014 r.);
- 2) niestosowanie wcześniej terapii systemowej, immunoterapii, radykalnego leczenia chirurgicznego (tj. z zachowaną macicą) lub radioterapii z powodu raka szyjki macicy.

1.2.2. chorych na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy w I linii leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu

- 1) przetrwały, nawrotowy lub przerzutowy rak szyjki macicy niekwalifikujący się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;
- 2) brak wcześniejszego leczenia chemioterapią ogólnoustrojową, za wyjątkiem zastosowania jej równocześnie jako środka uwrażliwiającego na promieniowanie jonizujące (w przypadku leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu);
- 3) potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 1 , oznaczona zwalidowanym testem (w przypadku leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu).

1.2.3. chorych na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy w II albo III linii leczenia cemiplimabem w monoterapii

- 1) przetrwały, nawrotowy lub przerzutowy rak szyjki macicy niekwalifikujący się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;

1.2.2. Cemiplimab w monoterapii

Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg co 3 tygodnie (Q3W), podawana we wlewie dożylnym przez 30 minut.

2. Modyfikacja dawkowania leków

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii.

2.2. Monitorowanie skuteczności

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne w zależności od sytuacji klinicznej.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita

2) progresja choroby w trakcie lub po chemioterapii opartej na związkach platyny.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Dodatkowo, w przypadku nowozdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy leczenie pembrolizumabem może trwać maksymalnie 20 podań (tj. 5 podań po 200 mg co 3 tygodnie, a następnie 15 podań po 400 mg co 6 tyg.).

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, w sytuacji wątpliwej, a gdy stan pacjentki jest stabilny klinicznie, możliwe jest kontynuowanie leczenia, aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tygodni;
- 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;

(CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;7) okres ciąży lub karmienia piersią;8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. | | |
|--|--|--|

LECZENIE PACJENEK Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ OSTEOPOROZY POMENOPAUZALNEJ (ICD-10: M80.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>romosozumabem</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowane są kobiety ze zdiagnozowaną pomenopauzalną osteoporozą pierwotną spełniające wszystkie kryteria ogólne (1.1) oraz jedno z kryteriów szczegółowych (1.2).</p> <p>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek ≥ 60 lat; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą bezpieczne rozpoczęcie terapii; 3) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych, stanowiących przeciwwskazanie w oparciu o aktualną ChPL; 4) wykluczenie nadwrażliwości na <i>romosozumab</i> lub którąkolwiek substancję pomocniczą. 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka <i>romosozumabu</i> wynosi 210 mg raz w miesiącu przez 12 miesięcy.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie densytometryczne zlecone przez lekarza kwalifikującego; 2) badanie RTG w wywiadzie potwierdzające złamania opisane w pkt. 1.2.1) i 1.2.2). kryteriów kwalifikacji, na podstawie którego lekarz prowadzący potwierdza charakter i lokalizację złamania; 3) stężenie wapnia i fosforu w surowicy; 4) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 5) stężenie PTH w surowicy; 6) stężenie albuminy w surowicy; 7) morfologia krwi; 8) odczyn Biernackiego (OB); 9) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 10) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 11) stężenie kreatyniny; 12) badanie ogólne moczu. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) co 3 miesiące lub wg wskazań klinicznych:

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji

- 1) udokumentowany T-score $\leq -3,0$ (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanieiskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej;
- 2) T-score $\leq -2,5$ (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane złamanie, które nastąpiło w ciągu ostatnich 12 miesięcy w bliższym końcu kości udowej lub kręgow oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanieiskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki wymagające kontynuacji leczenia, które były leczone substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniały kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki ze złamaniami osteoporotycznymi, u których (w oparciu o opinię lekarza prowadzącego) ze względu na stan kliniczny, brak jest możliwości wyznaczenia T-score lub interpretacji wyniku.

2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie *romosumabem* może trwać maksymalnie 12

- a) stężenie wapnia w surowicy;

W przypadku objawów wskazujących na hipokalcemię oraz u chorych z czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu hipokalcemii zalecane są dodatkowe pomiary wapnia oraz uzupełnienie jego niedoborów;

- 2) w 6 i 12 miesiącu od rozpoczęcia terapii:

- a) badanie densytometryczne i ocena T-score,
- b) wywiad w kierunku występowania złamań.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnych za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.2.;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

miesiący;

- 2) lekarz prowadzący może w każdym momencie przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną;
- 3) do programu może być ponownie włączona pacjentka, u której przerwano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, z uzasadnionych i udokumentowanych przez lekarza prowadzącego przyczyn i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną jest uzasadniony. Maksymalny czas przerwania leczenia wynosi 1 miesiąc. Leczenie *romosozumabem* w ramach programu lekowego zostanie wydłużone o ten czas.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako:
 - a) spadek BMD o 4,4% dla kręgow, 5,2% dla szyjki kości udowej po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii, w porównaniu z wynikami przed leczeniem;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą bądź toksyczności uniemożliwiającej kontynuację leczenia;
- 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy, w tym

zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z ROPNYM ZAPALENIEM APOKRYNOWYCH GRUCZOŁÓW POTOWYCH (HS) (ICD-10: L 73.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>sekukinumabem</i>,</p> <p>2) <i>bimekizumabem</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) pacjenci w wieku ≥ 18 lat;</p> <p>2) obecność czynnej umiarkowanej lub ciężkiej postaci hidradenitis suppurativa definiowanej jako:</p> <p>a) występowanie co najmniej 5 zmian zapalnych w postaci ropni lub guzków zapalnych w co najmniej dwóch lokalizacjach (co najmniej 1 lokalizacja w II lub III stopniu Hurley), lub</p> <p>b) nasilenie choroby w skali IHS≥ 4,</p> <p>u pacjentów, którzy przestali reagować na leczenie ogólne lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego, zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami leczenia HS;</p>	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1) sekukinumab</p> <p>Maksymalna dawka początkowa sekukinumabu to 300 mg, podawana w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4;</p> <p>Maksymalna dawka podtrzymująca sekukinumabu to 300 mg co miesiąc.</p> <p>Na podstawie odpowiedzi klinicznej dawkę podtrzymującą można zwiększyć do 300 mg co 2 tygodnie.</p> <p>2) bimekizumab</p> <p>Maksymalna dawka wynosi 320 mg co 2 tygodnie do 16. tygodnia, a następnie co 4 tygodnie.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <p>1) morfologia krwi;</p> <p>2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>3) test QuantiFERON – TB;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>6) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</p> <p>8) obecność antygenu HBs;</p> <p>9) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>11) test ciąży (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>12) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>13) EKG.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p>

- 3) pacjenci, u których uzyskano ocenę jakości życia ze wskaźnikiem DLQI większym niż 10;
- 4) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Czas leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku;
- 3) do programu mogą być ponownie włączone pacjentki, które zostały wyłączone z programu w związku z ciążą, a w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

3. Adekwatna odpowiedź na leczenie

3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.

Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię hidradenitis suppurativa danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.

- 1) morfologię krwi;
- 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 5) stężenie kreatyniny w surowicy;
- 6) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników:
 - a) ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i wzrostu liczby ropni lub sączących przetok;
 - b) ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4;
 - c) ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI.

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa

Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (\pm 30 dni):

- 1) morfologię krwi;
- 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 5) stężenie kreatyniny w surowicy;
- 6) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników:
 - a) ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni);
 - b) ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4;
 - c) ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej

1) po 16 tygodniach terapii uzyskanie co najmniej 50% redukcji liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i bez wzrostu liczby ropni lub sączących przetok w porównaniu do okresu przed leczenia,

lub

2) w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących brak wzrostu liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) lub brak wzrostu IHS4 powyżej poziomu z wizyty kwalifikacyjnej do programu.

4. Kryteria i warunki zmiany terapii

1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:

a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą,

lub

b) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL,

lub

c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3.1 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zgodnie z punktem 3.2;

2) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;

3) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego jest możliwa w przypadku, gdy jest zgodna z opisem programu.

konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników w skuteczności terapii zawartych w punkcie 3. z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

5. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3.1;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zgodnie z punktem 3.2;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

LECZENIE PACJENTÓW Z KARDIOMIOPATIĄ (ICD-10: E85, I42.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE KARDIOMIOPATII W PRZEBIEGU AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85)		
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie tafamidisem dorosłych pacjentów z kardiomiopatią w przebiegu amyloidozy transtyretynowej.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej (ATTR) potwierdzona przez badanie scyntygraficzne serca z radioizotopem (99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP) lub biopsję tkanki i typowanie amyloidu za pomocą immunohistochemii; 3) genetyczny ATTR lub typu dzikiego określony poprzez sekwencjonowanie genu transtyretyny; 	<p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Maksymalna dawka tafamidisu wynosi 61 mg podawana raz na dobę.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi; 2) określenie klasy NYHA; 3) oznaczenie wskaźnika mBMI; 4) elektrokardiogram spoczynkowy; 5) RTG klatki piersiowej; 6) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT); 7) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 8) oznaczenie stężenia troponiny T; 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 12) oznaczenie stężenia bilirubiny; 13) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP);

- 4) klasa czynnościowa NYHA I-II;
- 5) grubość przegrody międzykomorowej przekraczająca 12 mm w badaniu echokardiografii przezklatkowej;
- 6) wykluczenie amyloidozy łańcuchów lekkich;
- 7) brak przeszczepu serca lub wątroby w wywiadzie;
- 8) wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 100 m;
- 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 12) niestosowanie lub zaprzestanie stosowania antagonistów kanału wapniowego lub glikozydów naporstnicy;
- 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 14) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

- 14) proteinogram;
- 15) diagnostyka białka monoklonalnego (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC);
- 16) ocena eGFR w oparciu o wzór Cockcrofta- Gaulta;
- 17) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi;
- 18) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi;
- 19) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;
- 20) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi;
- 21) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH);
- 22) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4);
- 23) oznaczenie czasu protrombinowego (INR);
- 24) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej;
- 25) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 26) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi;
- 27) badanie ogólne moczu z oceną osadu;
- 28) morfologia krwi z rozmazem;
- 29) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
- 30) echokardiografia przezklatkowa;
- 31) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu ^{99m}Tc -DPD lub ^{99m}Tc -PYP lub ^{99m}Tc -HMDP;
- 32) sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR) – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej;
- 33) holter 24-godzinne monitorowanie EKG;

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, **zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3.**

Po uzyskaniu progresji do utrwalonej (tzn. co najmniej 6-miesięcznej) klasy III lub IV NYHA lekarz prowadzący ocenia zasadność kontynuacji leczenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja utrwalona (tzn. co najmniej 6-miesięczna) klasy III lub IV NYHA, gdy w ocenie lekarza prowadzącego nie ma zasadności do kontynuacji leczenia;
- 2) szybka progresja do trwałej klasy III lub IV NYHA w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia;
- 3) przeszczepienie serca lub wątroby;
- 4) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 8) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo

34) konsultacja hematologiczna w przypadku stwierdzenia białka monoklonalnego celem wykluczenia amyloidozy łańcuchów lekkich.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);
- 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 5) ocena eGFR w oparciu o wzór Cockcrofta-Gaulta;
- 6) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi;
- 8) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi;
- 9) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH);
- 10) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4);
- 11) oznaczenie czasu protrombinowego (INR);
- 12) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej;
- 13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 14) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi;
- 15) badanie ogólne moczu z oceną osadu;
- 16) morfologia krwi z rozmazem.

Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia wymienione w punktach 1-16 przeprowadza się co 6 miesięcy (± 14 dni).

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

<p>leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi; 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiogram spoczynkowy; 4) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 5) oznaczenie stężenia troponiny T; 6) echokardiografia przezklatkowa; 7) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych; 8) ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza EuroQol 5 dimensions 5-level (EQ-5D-5L) w połączeniu z wizualną skalą analogową (VAS); 9) holter 24-godzinne monitorowanie EKG; 10) RTG klatki piersiowej. <p>Badania monitorujące skuteczność leczenia wymienione w punktach 1-8 przeprowadza się co 6 miesięcy (± 14 dni). Badanie z punktu 9-10 wykonuje się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (± 14 dni).</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich
--	--	---

		<p>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu, oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> ppkt 2, 4, 5, 7, 8;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
--	--	--

II. LECZENIE PRZEROSTOWEJ KARDIOMIOPATII ZAWĘŻAJĄCEJ (ICD-10: I42.1)

<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 3 miesiące przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie mawakamtenem dorosłych pacjentów z przerostową kardiomiopatią zawężającą, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p>	<p>Dawki maksymalne, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <p>1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, odnotowaniem dawkowania aktualnie stosowanych leków kardiologicznych oraz wskazaniem czy pacjent posiada wszczepiony kardiowerter (ICD);</p> <p>2) określenie klasy NYHA;</p> <p>3) elektrokardiografia (EKG);</p> <p>4) echokardiografia przezklatkowa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych
---	--	--

<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej zawężającej (oHCM) zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC; 3) grubość ściany lewej komory ≥ 15 mm (lub ≥ 13 mm w oHCM rodzinnej) w badaniu echokardiografii przezklatkowej; 4) klasa czynnościowa NYHA II–III; 5) gradient ciśnień w drodze odpływu lewej komory (LVOT) spoczynkowy lub po próbie Valsalvy ≥ 50 mmHg; 6) frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) $\geq 55\%$; 7) niewystarczająca kontrola choroby pomimo stosowania leczenia beta-adrenolitykiem lub antagonistą kanału wapniowego, w optymalnej dawce lub w przypadku nietolerancji/przeciwskazania do tych terapii; 8) brak chorób kardiologicznych lub ogólnoustrojowych, innych niż oHCM, które mogą stanowić wytłumaczenie dla hipertrofii lewej komory serca (w tym choroby Fabry’ego, amyloidozy, zespołu Noonan z hipertrofią lewej komory); 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 11) zobowiązanie pacjentów do abstynencji alkoholowej. <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni jednocześnie:</p> <ul style="list-style-type: none"> — silnymi inhibitorami CYP3A4 – dotyczy pacjentów ze stwierdzonym fenotypem wskazującym na wolny 		<p>przypadkach możliwa jest dodatkowa ocena LVOT w próbie echokardiograficznej wysiłkowej;</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 6) oznaczenie stężenia troponiny T oraz troponiny I; 7) genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450 (CYP) 2C19 (CYP2C19); 8) test ciążowy (u kobiet w okresie rozrodczym). <p>W przypadku, gdy przeprowadzenie badania echokardiograficznego jest niediagnostyczne: a) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia innego badania obrazowego (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej); b) weryfikacja LVOT może być przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień.</p> <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, odnotowaniem dawkowania aktualnie stosowanych leków kardiologicznych oraz wskazaniem czy pacjent od ostatniej wizyty monitorującej miał napady migotania przedsionków lub interwencje wszczepionego ICD (także informacja o wszczepieniu ICD jeśli dotyczy); 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiografia (EKG); 4) echokardiografia przezklatkowa: <ul style="list-style-type: none"> - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych
--	--	---

<p>metabolizm przy udziale CYP2C19 oraz nieustalonym fenotypem CYP2C19;</p> <p>— silnym inhibitorem CYP2C19 i silnym inhibitorem CYP3A4 – dotyczy wszystkich pacjentów, bez względu na fenotyp.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu:</p> <p>— zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt. 4 lub</p> <p>— w przypadku niespełnienia kryteriów oceny skuteczności leczenia o których mowa w pkt. 3.</p> <p>W przypadku gdy wynik LVEF, na którejkolwiek wizycie kontrolnej, wynosi $< 50\%$ należy tymczasowo przerwać leczenie, a następnie ponownie rozpocząć leczenie po 4 tygodniach wg wytycznych w ChPL, o ile LVEF wynosi $\geq 50\%$.</p> <p>3. Kryteria oceny skuteczności leczenia</p>		<p>przypadkach możliwa jest dodatkowa ocena LVOT w próbie echokardiograficznej wysiłkowej;</p> <p>5) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP);</p> <p>6) oznaczenie stężenia troponiny T oraz troponiny I;</p> <p>7) holter 48-godzinne monitorowanie EKG.</p> <p>Badania wymienione w punktach 1-6 wykonuje się po 4 i 8 tygodniach (± 7 dni) od:</p> <p>— pierwszego rozpoczęcia leczenia,</p> <p>— ponownego rozpoczęcia leczenia,</p> <p>— zmiany dawki</p> <p>oraz co 3 miesiące (± 7 dni) przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy (± 14 dni).</p> <p>Badanie z punktu 7 (holter) przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (± 14 dni).</p> <p>W przypadku tymczasowego przerwania leczenia - kontrola parametrów z użyciem echokardiografii co 4 tygodnie (± 7 dni) do czasu, aż LVEF wyniesie $\geq 50\%$.</p> <p>W przypadku, gdy przeprowadzenie badania echokardiograficznego jest niediagnostyczne:</p> <p>a) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia innego badania obrazowego (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej);</p> <p>b) weryfikacja LVOT może być przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych</p>
---	--	---

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełniać poniższe:

- 1) poprawa objawów o ≥ 1 klasę czynnościową NYHA po 12 tygodniach od ustalenia indywidualnej dawki pacjenta i utrzymanie niższej klasy NYHA w trakcie leczenia podtrzymującego;
- 2) gradient LVOT po próbie Valsalvy ≤ 30 mmHg lub jego redukcja w trakcie leczenia o ≥ 30 mmHg, potwierdzona na każdej wizycie kontrolnej w trakcie leczenia podtrzymującego pacjenta indywidualną dawką leku.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wynik LVEF wynoszący $\leq 30\%$;
- 2) wynik LVEF wynoszący dwukrotnie $< 50\%$ w odstępie 4 tygodni, w przypadku przyjmowania dawki 2,5 mg na dobę;
- 3) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 2. *Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia* ppkt 2, 4, 5, 6 oraz danych z ppkt 1 z zakresu stosowanych leków oraz odnotowanych napadów migotania przedsionków/wszczerpienia ICD/interwencji wszczepionego ICD;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia tebentafuspem</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wzrost lub zagrożenie rozwoju guza poza gałkę oczną i brak możliwości postępowania terapeutycznego po zastosowaniu dostępnych metod leczenia miejscowego (dopuszczalna jest wcześniejsza resekcja chirurgiczna choroby oligometastatycznej); lub 2) obecność przerzutów czerniaka błony naczyniowej stwierdzana w badaniach obrazowych wymienionych w punkcie „badania przy kwalifikacji do leczenia”; 3) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie czerniaka błony naczyniowej oka; 4) potwierdzona obecność antygenu leukocytarnego (HLA)-A*02:01; 5) wiek 18 lat i powyżej; 6) stopień sprawności 0 lub 1 według skali ECOG; 7) odstęp QTc \leq 500 ms; 	<p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>1. Dawkowanie</p> <p>Maksymalne dawki tebentafuspu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 20 μg – 1. dnia; 2) 30 μg – 8. dnia; 3) 68 μg – 15. dnia; <p>następnie 68 μg co tydzień.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) test do genotypowania HLA w celu potwierdzenia występowania u pacjenta genotypu HLA-A*02:01; 2) badanie histologiczne lub cytologiczne w celu potwierdzenia czerniaka błony naczyniowej oka; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi; 10) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas); 11) badanie ultrasonograficzne gałki ocznej w celu oceny wielkości guza (w przypadku choroby pierwotnej); 12) badania obrazowe potwierdzające obecność przerzutów:

- 8) brak wcześniejszej terapii systemowej czerniaka błony naczyniowej oka (nie dotyczy terapii neoadjuwantowej i adjuwantowej stosowanej w leczeniu radykalnym pacjentów z chorobą miejscową);
- 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;
- 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);
- 12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących i stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL lub wiedzę medyczną;
- 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka lub lekarza

- a) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu,
 - b) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy,
 - c) badanie tomografii komputerowej lub inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej;
- 13) elektrokardiogram (EKG) z oceną odstępu QTc (w przypadkach wątpliwych – konsultacja kardiologiczna);
 - 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
 - 15) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry;
 - 16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;
- 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;
- 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi;
- 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi;

prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby ocenianej zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;

Dopuszcza się możliwość kontynuacji leczenia w programie u chorych z progresją choroby w przypadku:

- braku klinicznych objawów progresji,
- braku pogorszenia stanu sprawności według kryteriów ECOG,
- braku zagrożenia niewydolnością narządów.

Należy przerwać leczenie, które było kontynuowane po progresji, gdy stwierdza się co najmniej jedno z poniższych:

- a) ponowny wzrost sumy wymiarów ocenianych zmian (z uwzględnieniem nowych zmian mierzalnych) o co najmniej 20% z jednoczesnym wzrostem tej sumy o co najmniej 5 mm,
 - b) jednoznaczna progresja zmian pozostałych,
 - c) nowa zmiana.
- 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
 - 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
 - 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
 - 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej

- 8) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas);
- 9) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry;
- 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
- 11) EKG z oceną odstępu QTc w razie wskazań klinicznych;

Badania wykonuje się co minimum 3 tygodnie (+/- 1 tydzień)

Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) ocena kliniczna wraz z diagnostyką obrazową celem obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie:

- a) ultrasonografia gałki ocznej,
- b) TK lub MR głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;

Badania wykonuje się co 12 tygodni.

Badania obrazowe w celu ponownej oceny skuteczności leczenia po pseudoprogresji należy wykonać w odstępie 4 tygodni od oceny, w której wykazano pseudoprogresję.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- 1) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- 2) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- 3) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

<p>Oka lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.</p>		<p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, w miarę możliwości z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, które były zastosowane podczas kwalifikacji do leczenia.</p> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 21,7 miesiąca;</p> <p>b) przeżycie wolne od progresji (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej</p>
--	--	--

		<p>udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 3,3 miesiąca;</p> <p>c) najlepsza ogólna odpowiedź (BoR), z oczekiwaną medianą 0,4% ;</p> <p>d) wskaźnik obiektywnej odpowiedzi (ORR), tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 10,3% ;</p> <p>e) czas trwania odpowiedzi na leczenie (DOR) – z oczekiwaną medianą 9,9 miesiąca;</p> <p>f) czas do odpowiedzi (TTR) – z oczekiwaną medianą 2,9 miesiąca;</p> <p>g) wskaźnik kontroli choroby (DCR), tj. odsetek pacjentów, u których nastąpiła pełna odpowiedź, częściowa odpowiedź lub ustabilizowanie choroby – z oczekiwaną medianą 31% ;</p> <p>h) jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL oceniana na podstawie stanu zdrowia pacjentów przy użyciu narzędzi EORTC QLQ-C30 oraz EQ-5D,5L) – oczekiwany jest brak obniżenia jakości życia w stosunku do stanu wyjściowego lub jego polepszenie.</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).</p>
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z ZAKRZEPOWĄ PLAMICĄ MAŁOPLYTKOWĄ (ICD-10: M31.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
A. LECZENIE PACJENTÓW Z IMMUNOLOGICZNĄ ZAKRZEPOWĄ PLAMICĄ MAŁOPLYTKOWĄ		
<p>W programie finansuje się leczenie epizodów nabytej zakrzepowej plamicy małopłytkowej przy użyciu kaplacyzumabu w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją. Do programu kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p>1. Kryteria włączenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 12 lat lub powyżej; 2) masa ciała co najmniej 40 kg; 3) kliniczne objawy epizodu immunologicznej zakrzepowej plamicy małopłytkowej (iTTP), wymagającego leczenia z zastosowaniem wymiany osocza; 4) liczba płytek $<100 \times 10^9/L$; 5) rozpad czerwonych krwinek stwierdzony na podstawie obecności schistocytów w rozmazie krwi; 6) aktywność ADAMTS13 $<10\%$ oraz obecność inhibitora anty-ADAMTS13 (leczenie może być wprowadzone w oczekiwaniu na wyniki badania ADAMTS13 na podstawie oceny stanu klinicznego i innych wyników badań wykonywanych przy kwalifikacji do programu); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Kaplacyzumab wskazany jest do stosowania w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją.</p> <p>Dawkowanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13 – leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13 – leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie liczby płytek krwi; 6) morfologia krwi z rozmazem (obecność schistocytów); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy).

- a) ocena aktywności ADAMTS13 musi być przeprowadzona na podstawie próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza,
- b) wyniki badań powinny być uzyskane w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni;
- 7) wykluczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego;
- 8) wykluczenie innych przyczyn małopłytkowości:
 - a) kliniczne dowody infekcji jelitowej wywołanej przez *E.coli*,
 - b) mikroangiopatia zakrzepowa związana z przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych, szpiku kostnego lub organu,
 - c) znana lub podejrzewana posocznica,
 - d) diagnoza rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego,
 - e) przewlekła małopłytkowość immunologiczna;
- 9) wykluczenie wysokiego ryzyka krwawienia z innych przyczyn niż małopłytkowość;
- 10) wykluczenie ciąży.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni kaplacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

2. Monitorowanie leczenia

- 1) w czasie pierwszego etapu leczenia, tj. w okresie stosowania wymiany osocza:
 - a) raz dziennie:
 - morfologia krwi z rozmazem,
 - b) raz w tygodniu:
 - oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH),
 - oznaczenie stężenia kreatyniny,
 - oznaczenie stężenia haptoglobiny (Hp),
 - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 2) w czasie drugiego etapu leczenia, tj. w czasie kolejnych 30 dni leczenia kaplacyzumabem od momentu zakończenia wymiany osocza:
 - a) raz w tygodniu:
 - oznaczenie aktywności ADAMTS13,
 - morfologia krwi z rozmazem,
 - oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH),
 - oznaczenie stężenia kreatyniny,
 - oznaczenie stężenia haptoglobiny (Hp),
 - oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 3) w czasie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużonego okresu leczenia kaplacyzumabem), tj. po zakończeniu etapu pierwszego oraz drugiego:
 - a) raz w tygodniu:

1) kaplacyzumab stosuje się w trakcie oraz po zakończeniu leczenia z wykorzystaniem wymiany osocza (wraz z ewentualną immunosupresją). Etapy leczenia kaplacyzumabem obejmują:

- a) pierwszy etap leczenia: okres stosowania wymiany osocza,
- b) drugi etap leczenia: kolejne 30 dni od momentu zakończenia wymiany osocza,
- c) opcjonalny, trzeci etap leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) następujący po zakończeniu etapu pierwszego i drugiego:
 - i. u pacjentów, u których po zakończeniu drugiego etapu leczenia występuje poziom aktywności ADAMTS13 < 20%,
 - ii. czas trwania leczenia w etapie trzecim: leczenie kaplacyzumabem w trakcie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) stosowane jest do momentu uzyskania pierwszego wyniku oznaczenia aktywności ADAMTS13 wynoszącego $\geq 30\%$ (na podstawie próbki osocza pobranej w trakcie monitorowania trzeciego etapu leczenia), ale nie dłużej, niż przez 28 dni (4 tygodnie);

2) chorzy, u których pojawi się nawrót iTTP (tj. kolejny epizod iTTP określony zgodnie z kryteriami włączenia) mogą być ponownie kwalifikowani do podawania pełnego cyklu leczenia kaplacyzumabem (ponownie zaczynają leczenie od etapu 1.

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

- oznaczenie aktywności ADAMTS13,
- oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH),
- oznaczenie stężenia kreatyniny,
- morfologia krwi z rozmazem.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie aktywnego, istotnego klinicznie krwawienia w trakcie terapii kaplacyzumabem;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) aktywność ADAMTS13 $\geq 10\%$ na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni;
- 5) negatywny wynik na obecność inhibitora ADAMTS13 – na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni;
- 6) aktywność ADAMTS13 $\geq 30\%$ na podstawie oceny próbki osocza pobranej w trakcie trwania trzeciego, opcjonalnego etapu leczenia;
- 7) ciąża;
- 8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

B. LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONĄ ZAKRZEPOWĄ PŁAMICĄ MAŁOPLYTKOWĄ

W programie finansuje się enzymatyczną terapię zastępczą u pacjentów pediatrycznych i dorosłych z wrodzoną zakrzepową płamicą małopłytkową. Do programu kwalifikuje lekarz prowadzący.

1. Kryteria kwalifikacji

- 1) aktywność ADAMTS13 <10%;
- 2) wykluczenie obecności inhibitora neutralizującego ADAMTS13;
- 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni rADAMTS13 w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

1. Dawkowanie

1.1. Profilaktyczna enzymatyczna terapia zastępcza

- 1) 40 IU/kg masy ciała raz na dwa tygodnie;
- 2) częstotliwość profilaktycznego dawkowania można dostosować do 40 IU/kg masy ciała raz w tygodniu, w oparciu o odpowiedź kliniczną.

1.2. Enzymatyczna terapia zastępcza w przypadku ostrych epizodów TTP

- 1) 40 IU/kg masy ciała w dniu 1.;
- 2) 20 IU/kg masy ciała w dniu 2.;
- 3) 15 IU/kg masy ciała od dnia 3., raz na dobę, przez dwa dni od ustąpienia ostrego zdarzenia.

1. Badania przy kwalifikacji

- 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13;
- 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13;
- 3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy;
- 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy;
- 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
- 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA;
- 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;
- 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);
- 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie leczenia

- 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13 (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy);
- 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13 (do decyzji lekarza prowadzącego w zależności od sytuacji klinicznej);

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności leczenia definiowanej jako dwa ostre samoistne epizody TTP w ciągu każdych 12 miesięcy terapii, lub nieustąpienie laboratoryjnych objawów TTP w ciągu 30 dni od pierwszego podania leku;
- 2) obecność inhibitora neutralizującego ADAMTS13;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

- 3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy;
- 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy;
- 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
- 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT).

Badania wykonuje się:

- a) w przypadku pacjentów otrzymujących lek w ramach profilaktyki - nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (za wyjątkiem badania z pkt. 2.1);
- b) w przypadku pacjentów otrzymujących lek do leczenia ostrych epizodów TTP – raz dziennie (za wyjątkiem badań z pkt. 2.1 i 2.2).

3. Ocena skuteczności leczenia

3.1. Wskaźniki efektywności

- 1) liczba ostrych epizodów TTP wśród osób otrzymujących leczenie profilaktycznie;
- 2) proporcja ostrych epizodów TTP odpowiadających na rADAMTS13 (w stosunku do nieodpowiadających), zdefiniowana jako brak potrzeby użycia innego środka zawierającego ADAMTS13;
- 3) czas do ustąpienia ostrego epizodu TTP po rozpoczęciu leczenia rADAMTS13,

Definicja ostrego epizodu (poniższe kryteria muszą być spełnione łącznie):

- a) zmniejszenie liczby płytek o $\geq 50\%$ wartości wyjściowej lub $< 100\ 000/\mu\text{l}$
oraz

		<p>b) zwiększenie LDH > 2x wartości wyjściowej lub >2x górnej granicy normy;</p> <p>4) liczba podostrych epizodów TTP wśród osób otrzymujących leczenie profilaktycznie,</p> <p>Definicja podostrego epizodu (muszą być spełnione co najmniej 2 kryteria, w tym co najmniej 1 laboratoryjne):</p> <p>a) zmniejszenie liczby płytek o $\geq 25\%$ wartości wyjściowej lub <150 000/μl lub</p> <p>b) zwiększenie aktywności LDH > 1,5x wartości wyjściowej lub >1,5x górnej granicy normy lub</p> <p>c) wystąpienie objawów klinicznych wymienionych w pkt. 5.;</p> <p>5) częstość występowania klinicznych objawów TTP:</p> <p>a) objawów neurologicznych (np. dezorientacja, dysfonia, dyzartria, ogniskowe lub ogólne objawy motoryczne, w tym drgawki);</p> <p>b) zaburzeń czynności nerek, zdefiniowanych jako wzrost stężenia kreatyniny w surowicy >1,5 razy wartości wyjściowej;</p> <p>c) bólów brzucha;</p> <p>d) gorączki $\geq 38^{\circ}\text{C}$;</p> <p>e) utrzymywanie się przewlekłego uczucia zmęczenia/senności.</p> <p>4. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;</p>
--	--	--

		<p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywania danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. <i>Ocena skuteczności leczenia</i>;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP) (ICD-10 E83.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>Do leczenia w programie kwalifikowani są pacjenci z wrodzoną hipofosfatazją (HPP) w postaciach:</p> <ol style="list-style-type: none"> perinatalnej i niemowlęcej, dziecięcej. <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> hipofosfatazja perinatalna i niemowlęca ujawniająca się klinicznie u dzieci w wieku < 6. miesiąca życia, stwierdzona na podstawie: <ol style="list-style-type: none"> badan genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub <ol style="list-style-type: none"> badan wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: <ul style="list-style-type: none"> – obniżenia mineralizacji kości i innych objawów radiologicznych hipofosfatazji lub prenatalnych/postnatalnych badań USG 	<p>1. Dawkowanie leków w programie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Zalecana dawka asfotazy alfa to 2mg/kg masy ciała podawane podskórnie trzy razy w tygodniu lub 1mg/kg masy ciała podawane podskórnie sześć razy w tygodniu. Maksymalna zalecana dawka asfotazy alfa to 6mg/kg/tydzień.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> badanie molekularne potwierdzające obecność mutacji genu ALPL (1p36.12) w przebiegu HPP; oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; konsultacja neurochirurgiczna - w przypadku występowania u pacjentów kraniosynostozy; konsultacja okulistyczna; pomiary antropometryczne; test sześciominutowego marszu u chorych chodzących (6MWT); badanie RTG lub MRI nadgarstków, bioder i kolan z oceną w skali RSS; badanie USG nerek; ocena nasilenia bólu w skali dopasowanej do wieku;

– obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach;

2) hipofosfatazja dziecięcą ujawniającą się u dzieci w wieku > 6. miesiąca życia rozpoznana na podstawie:

a) badań genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12),

lub

b) badań wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych:

– badań radiologicznych (opóźnionego wieku kostnego, krzywicy lub osteomalacji)

oraz

– obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach;

Jednocześnie pacjenci o których mowa w pkt 2):

a) nie osiągnęli oczekiwanych etapów rozwoju motoryki właściwej dla wieku,

lub

b) cierpią z powodu ciągłego lub nawracającego bólu mięśniowo-szkieletowego wpływającego na niemożność wykonywania codziennych czynności, niepoddającego się działaniu leków z dwóch różnych grup leków przeciwbólowych,

lub

c) mają istotnie ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się (chodzenia);

3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);

4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

2. Monitorowanie leczenia:

- 1) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy;
- 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy;
- 3) oznaczenie stężenia magnezu w surowicy;
- 4) oznaczenie stężenia fosforu w surowicy;
- 5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy;
- 6) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy;
- 7) konsultacja okulistyczna;
- 8) konsultacja ortopedyczna;
- 9) pomiary antropometryczne;
- 10) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących;
- 11) badanie RTG kośćca;
- 12) badanie densytometryczne DXA (u pacjentów powyżej 5 r.ż.);
- 13) badanie USG nerek.

Kontrolne wizyty u lekarza, zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności terapii z oceną efektów leczenia i jakości życia pacjenta.

Badania wykonuje się:

- 1) w 3-cim, 6-tym i 12-tym miesiącu od chwili rozpoczęcia leczenia, a następnie co 6 miesięcy (z wyjątkiem oznaczenia stężenia parathormonu wykonywanego tylko w 3 miesiącu);

Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

- 5) brak przeciwwskazań do terapii określonych w aktualnej ChPL;
- 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;

Powyższe kryteria kwalifikacji 1), 3), 4), 5), 6) albo 2), 3), 4), 5), 6) powinny zostać spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o wyłączeniu pacjenta z programu, gdy zostanie spełnione jedno z poniższych kryteriów:

- 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej dwóch z poniższych kryteriów u dzieci poniżej 18 roku życia:
 - a) zahamowanie tempa wzrastania po 6 miesiącach terapii,

- 2) po pierwszym roku leczenia, a następnie co 2 lata w przypadku badania densytometrycznego DXA.

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa

Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia:

- 1) ocena tempa wzrastania;
- 2) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących;
- 3) ocena konieczności korzystania ze wspomaganej wentylacji płuc;
- 4) ocena powtarzalności złamańiskoenergetycznych;
- 5) ocena poprawy nasilenia bólu oraz jakości życia pacjenta za pomocą kwestionariuszy:
 - ocena bólu w skali dopasowanej do wieku w przypadku dzieci,
 - SF-36 (ang. Short Form 36) w przypadku pacjentów dorosłych.
- 6) działania niepożądane.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym

<p>b) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) rozumianej jako poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących),</p> <p>c) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 12 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia nie wymagali wspomaganie oddychania),</p> <p>d) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 24 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia wymagali wspomaganie oddychania);</p> <p>2) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z poniższych kryteriów u dorosłych, kontynuujących terapię asfotazą alfa:</p> <p>a) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) - poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących),</p> <p>b) powtarzające się złamaniaiskoenergetyczne przez okres trzech lat od rozpoczęcia leczenia,</p> <p>c) brak zmniejszenia poziomu bólu rozumianego jako nieosiągnięcie znaczącej redukcji bólu przy równoczesnym zwiększeniu częstości podawania leków przeciwbólowych lub brak poprawy jakości życia w ocenie Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p>		<p>przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
---	--	--

- | | | |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego;5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;7) nieprowadzenie skutecznej formy antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym;8) okres ciąży i karmienia piersią;9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. | | |
|--|--|--|

LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ (ICD-10: Q77.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie wosorytydem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek 4 miesiące i więcej; rozpoznanie achondroplazji potwierdzone odpowiednim badaniem genetycznym; niezamknięte nasady kości długich (wiek kostny poniżej 16 lat u dziewcząt albo poniżej 18 lat u chłopców); adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta. 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Wyznaczenie dawki leku, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku lub przebywa w oddziale do czasu właściwego wyszkolenia pacjenta lub opiekunów prawnych.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> potwierdzenie rozpoznania achondroplazji za pomocą odpowiedniego badania genetycznego; ocena wieku kostnego metodą Greulich-Pyle'a lub metodą Tannera-Whitehouse'a; MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego (u pacjentów z bezwzględnym przeciwwskazaniem do MRI - TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwoździec); pomiary antropometryczne: masa ciała (wartość liczbowa i SDS), wzrost/długość ciała (wartość liczbowa i SDS), długość tułowia, długość kończyn dolnych, obwód głowy i obwód klatki piersiowej (wartości liczbowe i SDS) i ocena obwodu talii (wartość liczbowa i SDS; BMI – z podaniem centyla, WHR, tempo wzrastania (cm/rok)); ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera; pomiar ciśnienia tętniczego krwi; morfologia krwi z rozmazem; oznaczenie stężenia sodu, potasu oraz wapnia w surowicy krwi; oznaczenie stężenia glukozy na czczo;

<p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3.</p> <p>Przedłużenie leczenia następuje, po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>3. Kryteria wyłączenia z programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzenie braku potencjału dalszego wzrostu definiowanego przez tempo wzrastania < 1,5 cm/rok i zamknięcia nasad kości długich (leczenie prowadzi się maksymalnie do osiągnięcia wieku kostnego 16 lat przez dziewczęta albo 18 lat przez chłopców); 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia; 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 	<p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10) oznaczenie stężenia wapnia zjonizowanego i fosforanów; 11) oznaczenie fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia 25OH wit. D; 13) oznaczenie odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; 14) oznaczenie stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; 15) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) oraz wolnej tyroksyny (FT4); 16) konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu; 17) konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego; 18) konsultacja ortopedyczna. <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pomiary antropometryczne: masa ciała (wartość liczbowa i SDS), wzrost/długość ciała (wartość liczbowa i SDS), długość tułowia, długość kończyn dolnych, obwód głowy i obwód klatki piersiowej (wartości liczbowe i SDS) i ocena obwodu talii (wartość liczbowa i SDS; BMI – z podaniem centyla, WHR, tempo wzrastania (cm/rok)); 2) oznaczenie stężenia wapnia zjonizowanego i fosforanów; 3) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia sodu, potasu oraz wapnia w surowicy krwi; 6) oznaczenie odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 7) oznaczenie stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;
---	--	---

<p>5) okres ciąży lub karmienia piersią.</p>		<p>8) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) oraz wolnej tyroksyny (FT4);</p> <p>9) oznaczenie fosfatazy alkalicznej;</p> <p>10) ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera;</p> <p>11) oznaczenie stężenia 25OH wit. D;</p> <p>12) ocena wieku kostnego metodą Greulich-Pyle'a lub metodą Tannera-Whitehouse'a;</p> <p>13) MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego (u pacjentów z bezwzględny przeciwwskazaniem do MRI - TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwóźdź) – do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>14) konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>15) konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu - do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>16) konsultacja ortopedyczna.</p> <p>Badania 1-2 wykonuje się co 3 miesiące.</p> <p>Badania 3-9 wykonuje się co 6 miesięcy.</p> <p>Badania 10-16 wykonuje się co 12 miesięcy.</p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ww. kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta przekazaną przez lekarza prowadzącego do Zespołu Koordynacyjnego.</p> <p>3. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich</p>
--	--	---

		<p>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących <u>wskaźników skuteczności terapii tj. wysokość i masa ciała (wartości liczbowe i SDS, wartość BMI (z podaniem centyla), tempo wzrastania (w cm / rok), wiek kostny)</u>;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA WRODZONĄ ŚLEPOTĘ LEBERA (LCA) Z BIALLELICZNĄ MUTACJĄ GENU RPE65 (ICD-10: H35.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny).</p> <p>Kwalifikacja do programu umożliwia podanie leku do jednego oka.</p> <p>Podanie do drugiego oka możliwe jest za zgodą Zespołu Koordynacyjnego wydaną po ocenie odpowiedzi na leczenie woretygenem neparwówek pierwszego oka przy jednoczesnym spełnieniu kryteriów włączenia do programu.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) bialleliczna mutacja genu <i>RPE65</i> potwierdzona badaniem genetycznym w przebiegu wrodzonej ślepoty Lebera; 2) wiek od 4 do 35 lat; 3) ostrość wzroku określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) równa lub większa 0,05 w leczonym oku i pole widzenia ograniczone nie więcej niż do 30 stopni we wszystkich 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Podawanie leku prowadzone oraz leczenie immunomodulujące należy prowadzić zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) potwierdzenie biallelicznej mutacji genu <i>RPE65</i>; 2) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku według tablicy ETDRS;– u pacjentów, u których niemożliwe jest badanie przy użyciu tablicy ETDRS badanie przeprowadza się przy zastosowaniu skali: <ol style="list-style-type: none"> a) brak poczucia światła (bpś), b) poczucie światła (pś), c) ruchy ręki przed okiem (rrpo), d) liczy palce przed okiem (lppo); 3) badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub perymetrii komputerowej Humphrey'a; 4) oszacowanie liczby żywych komórek siatkówki z użyciem optycznej tomografii koherencyjnej (OCT); 5) badanie FST – badanie progu czułości na światło białe, czerwone i niebieskie; 6) badanie ERG siatkówki;

południkach w leczonym oku (badane perymetrem kinetycznym Goldmana znacznikiem III4e);

- 4) wystarczająca liczba żywych komórek siatkówki, oszacowana w optycznej koherentnej tomografii (OCT) opisana kryteriami jak niżej:
 - a) obszar siatkówki w obrębie tylnego bieguna >100 mikronów grubości,
 - b) obszary siatkówki bez atrofii i zwyrodnienia barwnikowego w obrębie tylnego bieguna o wielkości ≥ 3 dd (wielkości tarczy nerwu wzrokowego);
- 5) niewygaszona bioelektryczna czynność w odpowiedzi fotopowej w badaniu ERG;
- 6) pozytywny wynik badania proggu pełnego pola w badaniu FST na barwę białą przy jednoczesnym pozytywnym badaniu proggu pełnego pola w badaniu FST na barwę czerwoną i niebieską;
- 7) brak innych, współistniejących mutacji biallelicznych genu RPE65 potwierdzonych badaniem genetycznym, mających wpływ na funkcje widzenia;
- 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Wszystkie kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

- 7) test ciężowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa wykonania witekтомii tylnej

- 1) rutynowe badanie okulistyczne oceniające ostrość wzroku, przedni i tylny odcinek oka;
- 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Badania przeprowadza się w okresie pooperacyjnym w 1, 7 i 14 dniu po zabiegu.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia woretygenem neparwówek

- 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku według tablicy ETDRS – u pacjentów, u których niemożliwe jest badanie przy użyciu tablicy ETDRS badanie przeprowadza się przy zastosowaniu skali:
 - a) brak poczucia światła (bpś),
 - b) poczucie światła (pś),
 - c) ruchy ręki przed okiem (rrpo),
 - d) liczy palce przed okiem (lppo);
- 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;
- 3) badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub perymetrii komputerowej Humphrey'a;
- 4) badanie FST - badanie proggu czułości na światło białe, czerwone i niebieskie;

Obserwacja i monitorowanie w ramach programu lekowego trwa 12 miesięcy od podania woretygeny neparwówek do danego oka.

3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- 1) przyjmowanie wysokich dawek związków retinoidowych (>7500 jednostek retinolu [lub >3300 IU] ekwiwalentnych do dziennej dawki witaminy A lub ich prekursorów w ciągu ostatnich 18 miesięcy, które potencjalnie mogłyby wpływać na aktywność biochemiczną enzymu *RPE65*;
- 2) operacja wewnątrzgałkowa w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- 3) nadwrażliwość na leki zaplanowane do przyjmowania w okresie okołoperacyjnym;
- 4) wcześniejsze choroby oczu lub choroby ogólnoustrojowe, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego uniemożliwiłyby planowaną operację bądź zakłóciłyby poprawną interpretację wyników badań;
- 5) czynna choroba zakaźna;
- 6) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 7) okres ciąży i karmienia piersią.

4. Kryteria wystąpienia odpowiedzi na leczenie

Ocena odpowiedzi na leczenie odbywa się 6 miesięcy od podania woretygeny neparwówek.

W przypadku zakwalifikowania przez Zespół Koordynacyjny wyniku leczenia jako poprawy zgodnie z poniższymi kryteriami oraz gdy nie wystąpiły działania niepożądane związane z lekiem i powikłania witrektomii tylnej, które w opinii Zespołu uniemożliwiają kolejne podanie leku, Zespół może wydać zgodę na podjęcie leczenia drugiego oka.

- 5) badanie ERG siatkówki.

Badania przeprowadza się po 1, 3, 6 i 12 miesiącach od podania woretygeny neparwówek.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

Do podjęcia decyzji w niektórych przypadkach może być konieczne przeprowadzenie badania przez członków Zespołu Koordynacyjnego.

Jako odpowiedź na leczenie klasyfikowana będzie:

- 1) utrzymanie ostrości wzroku z kwalifikacji dla ostrości wzroku wyższych lub równych 0,2 wg. Snellena lub poprawa ostrości wzroku o 15 lub więcej liter na tablicy ETDRS w stosunku do wartości wyjściowych dla ostrości wzroku równych 0,05 i 0,1 wg. Snellena;
- 2) poprawa pola widzenia o 15 stopni (wyznaczonego za pomocą perymetru Goldmann a (bodziec testowy III4e) lub utrzymanie pola widzenia dla prawidłowego pola widzenia;
- 3) poprawa w badaniu ERG bioelektrycznej czynności w odpowiedzi fotopowej;
- 4) poprawa poczucia światła o $> 10\text{dB}$ w badaniu FST na barwę białą, czerwoną i niebieską;
- 5) brak trwałych powikłań związanych z przeprowadzoną operacją podania leku.

Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie.

Załącznik B.168.

LECZENIE PACJENTÓW Z NIEREAGUJĄCYM LUB OPORNYM NA LECZENIE ZAKAŻENIEM WIRUSEM CYTOMEGALII (CMV) (ICD-10: B25.0, B25.1, B25.2, B25.8, B25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz prowadzący pacjenta, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Wizyty monitorujące odbywają się co 14 dni (± 2 dni).</p> <p>W programie finansuje się leczenie:</p> <p>1) <i>maribawirem</i> w II lub kolejnej linii leczenia pacjentów po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych lub narządu łitego zakażonych wirusem cytomegalii (CMV) zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">wiek 18 lat i powyżej;udokumentowane przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT) lub przeszczepienie narządu łitego (SOT);zakażenie CMV potwierdzone w badaniu ilościowym CMV-DNA (qPCR) z poziomem wirerii CMV w momencie kwalifikacji do leczenia <i>maribawirem</i> > 910 IU/ml lub równoważnik w kopiach/ml;brak skuteczności wcześniejszego leczenia rozumiany jako:	<p>Sposób podawania, modyfikacje dawki oraz dostosowanie czasu trwania terapii (do maksymalnie 12 tygodni (± 2 dni)) prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none">ilościowe oznaczenie CMV-DNA z krwi pełnej lub osocza (badanie ilościowe reakcji łańcuchowej polimerazy, qPCR) – badanie należy wykonać nie później niż 3 dni przed włączeniem leczenia;morfologia krwi z rozmazem;oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi;oznaczenie czasu protrombinowego (INR);oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);określenie skali Child-Pugh u pacjentów po SOT;oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;ocena eGFR;badanie dna oka lub inne badanie okulistyczne u pacjentów z podejrzeniem zajęcia siatkówki przez CMV. <p>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia</p> <ol style="list-style-type: none">morfologia krwi z rozmazem;

a) brak spadku wirerii CMV w stosunku do wartości wyjściowej o co najmniej 1 log po co najmniej 14 dniach terapii gancyklowirem lub walgancyklowirem lub foskarnetem lub cydofowirem (w ocenianym 14 dniowym okresie dopuszcza się stosowanie sekwencyjne w/w leków)

lub

b) w opinii lekarza prowadzącego brak poprawy lub nasilenie objawów narządowych u pacjentów po SOT z rozpoznaną w badaniu histologicznym narządową postacią CMV, mogącą prowadzić do utraty przeszczepionego narządu przy jednoczesnym braku spadku wirerii CMV o co najmniej 1 log po co najmniej 21 dniach terapii gancyklowirem lub walgancyklowirem lub foskarnetem lub cydofowirem (w ocenianym 21 dniowym okresie dopuszcza się stosowanie sekwencyjne w/w leków);

- 5) wykluczenie inwazyjnej choroby tkankowej CMV obejmującej OUN (włączając zapalenie mózgu) lub siatkówkę oka;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych oraz wykluczenie terapii stanowiących przeciwskazanie do leczenia maribawirem stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego

- 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 5) oznaczenie stężenia leków immunosupresyjnych o wąskim indeksie terapeutycznym będącymi substratami cytochromu P450 (CYP3A/P-gp; m. in. takrolimus, cyklosporyna, sirolimus i ewerolimus) stosowanych w trakcie leczenia maribawirem;
- 6) oznaczenie ilościowe CMV-DNA z krwi pełnej lub osocza (qPCR).

Badania monitorujące wykonuje się co 14 dni (± 2 dni) od rozpoczęcia leczenia maribawirem do czasu zakończenia leczenia maribawirem.

Każdorazowo oznaczenie CMV-DNA (qPCR) powinno być wykonywane w tym samym laboratorium przy tej samej dolnej granicy oznaczalności (LLQ), każdorazowo z wykorzystaniem tego samego typu materiału (zawsze z krwi pełnej lub zawsze z osocza).

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności terapii zawartego w

sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt. 4.

Leczenie trwa 8 tygodni (± 2 dni), z możliwością przedłużenia do maksymalnie 12 tygodni (± 2 dni).

3. Kryteria oceny skuteczności leczenia

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełnić poniższe:

- 1) zmniejszenie poziomu CMV-DNA względem wartości oznaczonej w momencie włączenia do programu o co najmniej 1 log na wizycie monitorującej leczenie w 14 dniu oraz brak wzrostu CMV-DNA na każdej kolejnej wizycie monitorującej, w odniesieniu do wartości w momencie włączenia do leczenia – kontynuacja leczenia pomimo niespełnienia powyższego wymaga sprawozdania do SMPT;
- 2) terapię uznaje się za skuteczną gdy poziom CMV-DNA zmierzony na dwóch następujących po sobie wizytach monitorujących spadnie poniżej dolnego progu oceny dla stosowanej metody oznaczania CMV-DNA – czas trwania leczenia, po którym osiągnięto skuteczność wymaga sprawozdania do SMPT w formacie [tyg. + dni].

4. Kryteria wyłączenia z programu

punkcie 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia (tj. poziom CMV-DNA)*;

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- 1) niewykrywalny poziom CMV DNA (poniżej dolnej granicy oznaczalności dla danego laboratorium) w dwóch kolejnych pomiarach przeprowadzonych w trakcie leczenia, stwierdzony na dwóch następujących po sobie wizytach monitorujących;
- 2) kliniczne objawy nieskuteczności leczenia, w tym u pacjentów z narządową postacią choroby po SOT;
- 3) wystąpienie infekcji CMV w OUN;
- 4) wystąpienie zapalenia siatkówki wywołanego CMV jeśli konieczne jest podanie innego leku przeciw CMV ogólnoustrojowego lub doszkliskowo;
- 5) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 7) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 8) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>mepolizumabem</i>,</p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny).</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek \geq 18 lat; rozpoznanie zespołu hipereozynofilowego (HES) na podstawie wywiadu hipereozynofilii przebiegającej z uszkodzeniem lub dysfunkcją \geq 1 narządu pod warunkiem wykluczenia innych potencjalnych przyczyn uszkodzeń, przy czym do rozpoznania hipereozynofilii konieczne jest udokumentowanie w przeszłości lub w momencie przeprowadzenia badania kwalifikującego co najmniej jednego poniższych: 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu to 300 mg podawane podskórnym raz na 4 tygodnie.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty monitorujące w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do programu</p> <ol style="list-style-type: none"> morfologia krwi z rozmazem, w tym ocena eozynofilii; aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT); aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); stężenie kreatyniny w surowicy krwi; elektrokardiogram (EKG); echokardiografia serca (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); stężenie troponiny sercowej oraz NT-proBNP w surowicy krwi; RTG lub TK klatki piersiowej (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); USG lub TK jamy brzusznej; spirometria; biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego, jeśli dotyczy (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); badanie ogólne moczu; konwencjonalne badanie cytogenetyczne oraz badanie PCR na obecność rearanżacji <i>FIP1L1-PDGFR</i>A (możliwe wykorzystanie badań wykonanych wcześniej);

<p>a) bezwzględna liczba eozynofiliów >1500 komórek/μl we krwi obwodowej w dwóch badaniach w odstępie co najmniej jednego miesiąca</p> <p>lub</p> <p>b) potwierdzenie tkankowej eozynofili na podstawie co najmniej jednego z następujących:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w badaniu szpiku kostnego odsetek eozynofiliów >20% wszystkich komórek jądrzastych - rozległy (w opinii patologa) naciek eozynofilowy w badaniu wycinka tkanki - wyraźne odkładanie się białek ziarnistości eozynofiliów w badaniu wycinka tkanki; <p>3) niewystarczająca kontrola HES definiowana jako wystąpienie co najmniej dwóch zaostrzeń HES w ostatnim roku, z liczbą eozynofiliów \geq1000 kom./μl w momencie kwalifikacji albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do leczenia w programie. Zaostrzenie rozpoznaje się na podstawie nasilenia objawów HES lub \geq 2-krotnego zwiększenia liczby eozynofiliów wymagającego zwiększenia dawki systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia dawki/dodania leków cytotoksycznych lub immunosupresyjnych stosowanych w leczeniu HES;</p> <p>4) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;</p> <p>5) wcześniejsze leczenie HES obejmujące prednizon lub jego ekwiwalent w dawce \geq10 mg/d z lub bez leków cytotoksycznych czy immunosupresyjnych przez co najmniej 4 tygodnie;</p> <p>6) wykluczenie przewlekłej białaczki eozynofilowej (CEL) oraz nowotworów mieloidalnych z eozynofilią na podstawie badań cytogenetycznych i molekularnych (<i>FIP1L1-PDGFR</i>);</p>	<p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>14) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie przyczyn reaktywnej hipereozynofili;</p> <p>15) ocena stanu sprawności wg skali ECOG;</p> <p>16) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) wykonany nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku.</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>Po 32 i 52 tygodniu od pierwszego podania substancji czynnej oraz każdym kolejnym 32 tygodniu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologię krwi z rozmazem, w tym ocena eozynofili; 2) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP) w surowicy krwi; 5) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) echokardiografię serca (jeśli była dysfunkcja przy kwalifikacji do programu wskazująca na zajęcie narządowe); 8) stężenie troponiny sercowej oraz NT-proBNP w surowicy krwi (jeśli było nieprawidłowe przy kwalifikacji do programu); 9) spiometrię; 10) badanie ogólne moczu; 11) RTG lub TK klatki piersiowej (jeśli były zmiany przy kwalifikacji do programu wskazujące na zajęcie narządowe); 12) USG lub TK jamy brzusznej (jeśli były zmiany przy kwalifikacji do programu wskazujące na zajęcie narządowe); 13) ocenę stanu sprawności wg skali ECOG; 14) ocenę skuteczności zastosowanej terapii na podstawie:
---	--	---

- 7) wykluczenie przewlekłej białaczki eozynofilowej (CEL) oraz nowotworów mieloidalnych z eozynofilią na podstawie biopsji aspiracyjnej lub trepanobiopsji szpiku jako badań opcjonalnych (do decyzji lekarza prowadzącego);
- 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);
- 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3.

3. Kryteria wyłączenia

- a) braku pogorszenia objawów klinicznych;
- b) braku konieczności zwiększenia podtrzymującej dawki kortykosteroidów o co najmniej 10 mg ekwiwalentu prednizonu/dobę przez 5 dni lub braku konieczności zwiększenia dawki lub dodania leków cytotoksycznych lub immunosupresyjnych.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- 1) nieskuteczność leczenia definiowana jako wystąpienie zaostrzeń choroby przez okres przynajmniej 3 miesięcy w obserwacji 12-miesięcznej. Zaostrzenie rozumiane jest jako:
 - a) udokumentowane, związane z HES pogorszenie objawów klinicznych wymagające zwiększenia podtrzymującej dawki kortykosteroidów o co najmniej 10 mg ekwiwalentu prednizonu/dobę przez ≥ 5 dni lub zwiększenie/dodanie jakiegokolwiek terapii cytotoksycznej lub immunosupresyjnej w HES;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 4) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z POLINEUROPATIĄ W I LUB II STADIUM ZAAWANSOWANIA W PRZEBIEGU DZIEDZICZNEJ AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie:</p> <p style="padding-left: 20px;">1) <i>wutrisyranem</i></p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie amyloidozy transtyretynowej (ATTR); 3) postać dziedziczna ATTR potwierdzona wynikiem badania genetycznego; 4) stwierdzona polineuropatia stadium I lub II wg klasyfikacji Coutinho (stadium I – pacjent chodzący samodzielnie z objawami polineuropatii; stadium II – pacjent chodzący z 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka wutrisyranu to 25 mg podawane podskórnym co 3 miesiące.</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania</p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe; 2) sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR) – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej; 3) potwierdzenie rozpoznania polineuropatii i ocena stopnia jej zaawansowania poprzez następujące badania: <ol style="list-style-type: none"> a) badanie neurologiczne z oceną siły mięśniowej, odruchów ścięgnistych, czucia dotyku, bólu, temperatury, ułożenia i wibracji za pomocą skali NIS – Neuropathy Impairment Score; b) badanie przewodnictwa nerwowego nerwów ruchowych i czuciowych 4-kończynowo; c) ocena czynności układu autonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza CADT (Compound Autonomic Dysfunction Test); d) ocena obecności i nasilenia bólu neuropatycznego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (0-10) VAS - Visual Analogue Scale; e) 10-metrowy test marszowy lub test 6-minutowego chodu – w zależności od stopnia zaawansowania

<p>jedno- lub obustronnym podparciem z objawami polineuropatii), jako skutek ATTR;</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) nieobecność zaawansowanej kardiomiopatii (klasa NYHA 3 lub 4); 6) wykluczenie występowania innej postaci amyloidozy; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego, w tym zaawansowanych chorób lub uszkodzeń narządów skutkujących złym rokowaniem; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie</p>		<p>choroby;</p> <ol style="list-style-type: none"> f) określenie stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho; 4) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu ^{99m}Tc-DPD lub ^{99m}Tc-PYP lub ^{99m}Tc-HMDP (możliwe wykorzystanie wyniku badania z dokumentacji medycznej pacjenta) lub USG serca – wybór badania do decyzji lekarza prowadzącego; 5) określenie klasy NYHA; 6) konsultacja kardiologiczna wykonana w ciągu miesiąca przed kwalifikacją oceniająca obecność kardiomiopatii w przebiegu ATTRv (na podstawie badania z pkt 4) oraz stopień jej zaawansowania (określenie klasy NYHA); 7) badania laboratoryjne krwi/ surowicy: morfologia krwi z rozmazem; układ krzepnięcia: APTT, INR; AST, ALT, TSH, bilirubina, mocznik, kreatynina, eGFR, glukoza, białko całkowite, albumina, prealbumina; 8) badanie moczu: ogólne, ocena albuminurii i proteinurii; 9) konsultacja nefrologiczna - opcjonalnie; 10) pomiar wskaźnika mBMI (modified body mass index); 11) stężenie witaminy A w surowicy krwi (badanie wykonane w ciągu ostatnich 3 miesięcy); 12) konsultacja okulistyczna ukierunkowana na zmiany związane z ATTRv i powikłaniami okulistycznymi niedoboru witaminy A; 13) hemoglobina glikowana; 14) diagnostyka białka monoklonalnego (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC); 15) stężenie wit. B12 w surowicy.
--	--	--

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Znaczna progresja choroby pomimo leczenia wutrisyranem, definiowana jako progresja polineuropatii do stadium III wg klasyfikacji Coutinho (pacjent nie chodzi samodzielnie) lub progresja objawów kardiomiopatii do klasy NYHA III lub IV, wymaga jednogłośnej zgody lekarza prowadzącego oraz Zespołu Koordynacyjnego co do zasadności kontynuacji terapii.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) nieskuteczność terapii stwierdzona na wizycie monitorującej leczenie po 12 miesiącach leczenia definiowana jako progresja polineuropatii do stadium III wg klasyfikacji Coutinho;
- 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia (zgodnie z definicją przyjętą w pkt 2. *Określenie czasu leczenia w programie*), gdy w opinii lekarza prowadzącego oraz Zespołu Koordynacyjnego nie ma zasadności do kontynuacji terapii;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;

2. Monitorowanie leczenia:

- 1) ocena stopnia zaawansowania polineuropatii poprzez następujące oceny:
 - a) badanie neurologiczne z oceną siły mięśniowej, odruchów ścięgnistych, czucia dotyku, bólu, temperatury, ułożenia i wibracji za pomocą skali NIS – Neuropathy Impairment Score;
 - b) ocena czynności układu autonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza CADT (Compound Autonomic Dysfunction Test);
 - c) badanie przewodnictwa nerwowego nerwów ruchowych i czuciowych 4-kończynowo;
 - d) ocena obecności i nasilenia bólu neuropatycznego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (0-10) VAS - Visual Analogue Scale;
 - e) 10-metrowy test marszowy lub test 6-minutowego chodu – w zależności od stopnia zaawansowania choroby;
 - f) określenie stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho;
- 2) konsultacja kardiologiczna – z określeniem klasy NYHA – wykonana w ciągu miesiąca przed wizytą monitorującą;
- 3) badania laboratoryjne krwi/surowicy: morfologia krwi z rozmazem; układ krzepnięcia: APTT, INR; AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, eGFR, glukoza, białko całkowite, albumina, prealbumina;
- 4) badanie moczu: ogólne, ocena albuminurii i proteinurii;
- 5) konsultacja nefrologiczna - opcjonalnie;

7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

- 6) pomiar wskaźnika mBMI (modified body mass index);
- 7) konsultacja okulistycka ukierunkowana na zmiany związane z ATTRv i powikłaniami okulistycznymi niedoboru witaminy A - opcjonalnie;
- 8) stężenie witaminy A – wynik do 1 miesiąca.

Badania wykonuje się co 6 miesięcy, za wyjątkiem badań pkt. 1c) oraz 8 które wykonuje się nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

Weryfikacja skuteczności leczenia przez Zespół Koordynacyjny odbywa się po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie w programie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu, oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii: *stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho, wynik w skali NIS, prealbumina oraz klasa NYHA*;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-

		rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z PIERWOTNĄ NEFROPATIĄ IgA (ICD-10: N02.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz prowadzący pacjenta, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie:</p> <p>1) <i>budezonidem</i></p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> pacjenci z rozpoznaną pierwotną nefropatią IgA (IgAN), potwierdzoną biopsją nerki; wiek ≥ 18 lat; ryzyko szybkiej progresji choroby rozumianej jako utrzymujący się białkomocz (stosunek białka do kreatyniny w moczu [ang. urine protein creatinine ratio - UPCR] wynoszący $\geq 1,5$ g/gram) pomimo zoptymalizowanego leczenia nefroprotekcijnego tj. maksymalnej tolerowanej lub maksymalnej dozwolonej dawki inhibitora konwertazy angiotensyny (ACEi) lub antagonisty receptora angiotensyny (ARB) przez ≥ 3 miesiące; eGFR ≥ 35 ml/min/1,73 m²; adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Zalecana dawka budezonidu wynosi 16 mg raz na dobę przez 9 miesięcy. Jeśli leczenie ma być zakończone, dawkę należy zmniejszyć do 8 mg raz na dobę przez 2 tygodnie terapii; tę dawkę można zmniejszyć do 4 mg raz na dobę na dodatkowe 2 tygodnie, według uznania lekarza prowadzącego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> wynik biopsji nerek potwierdzający rozpoznanie IgAN wykonanej w okresie ostatnich 24 miesięcy; morfologia krwi; ocena stężenia elektrolitów (sód, potas), kwasu moczowego i kreatyniny, eGFR, próby wątrobowe (AST, ALT, GGTP, fosfataza alkaliczna, bilirubina całkowita), glukozy i hemoglobiny glikowanej w surowicy; badanie ogólne moczu; ocena dobowego wydalania białka z moczem – na podstawie stosunku stężeń białka do kreatyniny w moczu (UPCR) - co najmniej 2 pomiary w odstępie co najmniej miesiąca; pomiar ciśnienia tętniczego; badanie okulistyczne. <p>2. Monitorowanie leczenia w 1, 3, 6 i 9 miesiącu terapii</p> <ol style="list-style-type: none"> morfologia krwi; stężenie elektrolitów (sód, potas), kwasu moczowego i kreatyniny, eGFR, glukozy i hemoglobiny glikowanej w surowicy;

ChPL);

- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.

Wszystkie powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) finansowanie cyklu leczenia w ramach programu trwa 9 miesięcy oraz maksymalnie 1 miesiąc redukcji dawki;
- 2) w przypadku nawrotu aktywności choroby pacjent może ponownie rozpocząć leczenie w ramach programu pod warunkiem spełnienia kryteriów kwalifikacji;
- 3) w przypadkach uzasadnionych klinicznie, leczenie może zostać przerwane przez lekarza prowadzącego. Po ustąpieniu przyczyn przerwania leczenia w programie, możliwe jest wznowienie udziału w programie celem dokończenia leczenia, za zgodą lekarza prowadzącego, jeżeli przewiduje się uzyskanie korzyści klinicznych przez pacjenta i jeżeli zostaną ponownie spełnione kryteria kwalifikacji do programu. Leczenie budesonidem w ramach programu lekowego zostanie wydłużony o ten czas.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie nadwrażliwości na budesonid lub na którąkolwiek

- 3) badanie ogólne moczu;
- 4) ocena dobowego wydalania białka z moczem na podstawie stosunku stężeń białka do kreatyniny w moczu (UPCR);
- 5) pomiar ciśnienia tętniczego.

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa

Wskaźniki efektywności ocenione po 9 miesiącach leczenia:

- 1) ocena zmniejszenia białkomoczu na podstawie wskaźnika białko/kreatynina w moczu (UPCR) po 9 miesiącach w porównaniu z wartością wyjściową.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

<p>substancję pomocniczą;</p> <p>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C według klasyfikacji Childa-Pugha);</p> <p>3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z leczeniem, wymagających przerwania terapii w ocenie lekarza prowadzącego lub wystąpienie określonych w aktualnym ChPL przeciwwskazań do leczenia;</p> <p>4) okres ciąży lub karmienia piersią, chyba że istnieją przekonujące powody uzasadniające stosowanie leku, zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z ZAAWANSOWANYM NOWOTWOREM PODŚCIELISKOWYM PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) (ICD-10: C15, C16, C17, C18, C20, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie chorych z pierwotnym, zaawansowanym lub nawrotowym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST):</p> <p>1) ripretynibem w monoterapii,</p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie; 3) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie oceny stanu klinicznego lub wyników badań obrazowych; 4) stosowanie uprzednio 3 lub więcej inhibitorów kinaz, w tym imatynibu; 5) udokumentowana progresja lub nietolerancja leczenia inhibitorami kinaz, w tym imatynibem, pomimo modyfikacji dawkowania (3.-4. stopień toksyczności); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. ripretynib</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego ripretynibu.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność transaminaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny; 5) poziom albumin; 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) EKG; 8) ocena frakcji wyrzutowej na podstawie echokardiogramu; 9) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań); 10) ocena skóry pod kątem nowotworów złośliwych skóry; 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1.</p>

- 6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do zmierzenia zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1;
- 7) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 11) brak aktywnych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego;
- 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia leczenia ripretynibem. Następne badania kontrolne należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12-14 tygodni.

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) badanie ogólne moczu;
- 3) aktywność aminotransferaz wątrobowych;
- 4) stężenie bilirubiny i kreatyniny;
- 5) poziom albumin;
- 6) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 7) EKG;
- 8) ocena frakcji wyrzutowej na podstawie echokardiogramu - badanie wykonywane w zależności od potrzeby klinicznej;
- 9) tomografia komputerowa odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych (minimum jama brzuszna i miednica) – pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, następne badania co 3-4 miesiące;
- 10) ocena skóry pod kątem nowotworów złośliwych skóry - badanie wykonywane w zależności od potrzeby klinicznej;
- 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
- 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie TK lub MR odpowiednich obszarów ciała (minimum jama brzuszna i miednica) – pierwsze badanie po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, następne badania co 3-4 miesiące;

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ripretynib lub którykolwiek z pozostałych składników tego leku;
- 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1;
- 3) utrzymywanie się toksyczności według skali WHO większej bądź równej 3;
- 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

- 2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnymi za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁYSIENIA PLACKOWATEGO (ICD-10: L63)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapię:</p> <p><i>1) ritlecetynibem,</i></p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek 12 lat i powyżej; 2) rozpoznanie łysienia plackowatego potwierdzone badaniem przedmiotowym i badaniem trichoskopowym lub badaniem histologicznym; 3) ciężka postać choroby definiowana jako wynik w skali SALT (Severity of Alopecia Tool) ≥ 50; 4) łysienie plackowate trwające bez odrostu od 6 miesięcy; 5) nieskuteczność co najmniej jednego leczenia systemowego lub nietolerancja dotychczasowej terapii; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka ritlecetynibu to 50 mg przyjmowane raz na dobę.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie poziomu mocznika w surowicy; 8) oznaczenie antygenu HBS; 9) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 10) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową PCR – w przypadku pozytywnego wyniku na przeciwciała anty-HCV; 11) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 12) test Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; 13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 14) badanie trichoskopowe; 15) ocena nasienia objawów choroby w skali SALT;

8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku stwierdzenia: ciężkiego zakażenia lub zakażenia oportunistycznego lub bezwzględnej liczby limfocytów (ALC) $< 0,5 \times 10^3 /\text{mm}^3$ lub liczby płytek krwi $< 50 \times 10^3 /\text{mm}^3$ lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających podanie leku. W przypadku przerwy wynoszącej ponad 6 tyg. pacjent musi przejść ponowną kwalifikację do programu.

2. Określenie czasu leczenia

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie ritlecytynibem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz

16) ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza DLQI u dorosłych oraz cDLQI u osób < 18 rż.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP);
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 5) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie poziomu mocznika w surowicy.

Badanie wykonywane są po 1 miesiącu (± 14 dni), po 3 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia terapii, a następnie kontynuowane co 3 miesiące (± 14 dni).

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie trichoskopowe;
- 2) ocena nasilenia objawów choroby w skali SALT;
- 3) ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza DLQI u dorosłych oraz cDLQI u osób < 18 rż.

Badania wykonywane są po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia terapii, a następnie kontynuowane co 6 miesięcy (± 14 dni).

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

3. Kryteria oceny skuteczności leczenia

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako:

- a) uzyskanie co najmniej SALT20 lub 50% redukcja SALT po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia leczenia oraz utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (± 14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie.

Pełna odpowiedź na leczenie definiowana jest jako:

- b) uzyskanie co najmniej SALT10 lub 90% redukcja SALT po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia leczenia oraz utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (± 14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie.

4. Kryteria wyłączenia

- 1) brak uzyskania co najmniej adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z definicją przedstawioną w pkt a) *Kryteria oceny skuteczności leczenia* tj. uzyskanie co najmniej SALT20 lub 50% redukcja SALT po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia leczenia **oraz** utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (± 14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie;
- 2) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu;

przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia tj. wynik w skali SALT oraz % redukcja SALT;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

- | | | |
|--|--|--|
| <p>3) ciąża lub laktacja – gdy leczenie nie zostaje zawieszone zgodnie z opisem w <i>Określenie czasu leczenia w programie</i>;</p> <p>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;</p> <p>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia, m.in. aktywne ciężkie zakażenie, w tym gruźlica;</p> <p>7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</p> | | |
|--|--|--|

LECZENIE CHORYCH NA ATAKSJĘ FRIEDREICHA (ICD-10: G11.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii oraz ocenę skuteczności leczenia dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia omaweloksolonem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek: 16 lat i powyżej; 2) rozpoznanie ataksji Friedreicha potwierdzone badaniem genetycznym; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 4) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem</p>	<p>1. Dawkowanie leku w programie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Maksymalna dawka to 150 mg omaweloksolonu raz na dobę.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie stężenia glukozy i HbA1c we krwi; 5) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów; 6) badanie stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP lub NT-pro-BNP); 7) elektrokardiografia (EKG); 8) echokardiografia (ECHO); 9) konsultacja kardiologiczna; 10) pomiar masy ciała; 11) test ciążowy (oświadczenie o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym); 12) konsultacja neurologiczna z oceną stopnia ciężkości choroby w skali mFARS wraz z określeniem wartości przy rozpoczynaniu leczenia.

trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia omaweloksolonem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

U pacjentów po ukończeniu 18 r.ż., leczenie trwa do momentu określonego kryteriami wyłączenia w pkt. 3. W szczególnych przypadkach, w których w przebiegu choroby udokumentowano istotne spowolnienie postępu dysfunkcji innych niż uwzględniane w skali mFARS, na wniosek ośrodka prowadzącego, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia.

U pacjentów przed ukończeniem 18 r.ż., leczenie trwa do momentu podjęcia decyzji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha.

Z powodu potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią, możliwe jest czasowe zawieszenie leczenia z możliwością powrotu do stosowanej terapii.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.

Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności terapii definiowany jako pogorszenie o więcej niż 2 punkty średnio rocznie w skali mFARS potwierdzone w dwóch kolejnych ocenach rocznych z zaznaczeniem, że:

Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej wraz z badaniem genetycznym na podstawie której postawiono rozpoznanie ataksji Friedreicha;

2. Monitorowanie leczenia

Raz w miesiącu, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie okresowo, zależnie od wskazań klinicznych należy wykonać:

- 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;
- 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi.

Co 6 miesięcy, w 1. roku leczenia i raz na 12 miesięcy od 2. roku leczenia należy wykonać:

- 1) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów;
- 2) badanie stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP lub NT-pro-BNP);
- 3) pomiar masy ciała.

Raz na 12 miesięcy należy wykonać:

- 1) elektrokardiografia (EKG);
- 2) echokardiografia (ECHO);
- 3) konsultacja kardiologiczna.

Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia ciężkości choroby w skali mFARS wykonuje się co 6 miesięcy.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję

<p>a) w szczególnych przypadkach, w których w przebiegu choroby udokumentowano istotne spowolnienie postępu dysfunkcji innych niż uwzględniane w skali mFARS, na wniosek ośrodka prowadzącego, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia,</p> <p>b) nie dotyczy pacjentów przed ukończeniem 18 r.ż., u których leczenie trwa do momentu podjęcia decyzji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha;</p> <p>2) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha uniemożliwiają kontynuację leczenia;</p> <p>4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha uniemożliwiają kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;</p> <p>6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</p>		<p>Friedreicha określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <p>- zmiana wyniku w skali mFARS w ciągu 12 miesięcy leczenia.</p> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>2. Monitorowanie programu</p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:</p> <p>a) wynik w skali mFARS przy rozpoczęciu leczenia,</p> <p>b) wynik w skali mFARS podczas oceny skuteczności;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM ALAGILLE'A (ICD-10 Q44.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie świądu w przebiegu cholestazy u pacjentów z zespołem Alagille'a:</p> <p>1) <i>maraliksiybatem</i></p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek co najmniej 2 miesiące; stężenie kwasów żółciowych w surowicy powyżej 70 $\mu\text{mol/l}$ w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu; w wywiadzie trudny w opanowaniu świąd, tj. wynik w skali ItchRO(Obs) $>2,0$ w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu; cholestaza: tj. stężenie bilirubiny bezpośredniej powyżej 1 mg/dl; udokumentowany brak skuteczności innych metod leczenia, w tym kwasu ursodeoksycholowego (UDCA) oraz ryfampicyny, po minimum trzech miesiącach leczenia, w optymalnych dawkach na masę ciała; brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>1.1. maraliksiybat</p> <p>Dawkowanie i sposób podawania maraliksiybatu – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu zespołu Alagille'a.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> morfologia krwi z rozmazem; oznaczenie stężenia kwasów żółciowych; oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); oznaczenie aktywności gamma glutamylotransferazy (GGT); oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; ocena stężenia międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); oznaczenie stężenia kreatyniny i mocznika; oznaczenie poziomu witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicydów (lipidogram); badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali ItchRO(Obs);

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;

8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

Do programu włączani są ponownie pacjenci, którzy zakwalifikowali się do leczenia w ramach programu i po 24 miesiącach leczenie zostało zawieszona w celu sprawdzenia czy jest ono nadal wymagane, i u których po 4 tygodniach obserwacji stwierdzono wzrost nasilenia świądu w oparciu o wynik w skali ItchRO(Obs) o co najmniej 1 punkt.

2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- 1) nadwrażliwość na maraliksiybat lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) chirurgiczne przerwanie krążenia jelitowo-wątrobowego;
- 3) historia przeszczepienia wątroby;

12) badania ultrasonograficzne jamy brzusznej (ocena wątroby, dróg żółciowych, śledziony oraz układu moczowego);

13) pomiary antropometryczne - wzrost, masa ciała, BMI (u dzieci);

14) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 4 tygodniach, od rozpoczęcia leczenia maraliksiybatem.

Badania kontrolne wykonywane nie rzadziej niż raz na miesiąc, a po stabilizacji stanu klinicznego, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kwasów żółciowych;
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
- 5) oznaczenie aktywności gamma glutamylotransferazy (GGT);
- 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;
- 7) oznaczenie stężenia kreatyniny i mocznika;
- 8) badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali ItchRO(Obs);
- 9) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram);
- 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

- 4) zdekompensowana marskość wątroby;
- 5) wcześniejsza lub obecna inna współistniejąca choroba wątroby;
- 6) przewlekła biegunka wymagająca stałego podawania płynów dożylnie lub interwencji żywieniowej;
- 7) występowanie lub obecność w przeszłości jakiegokolwiek innej choroby lub stanów, o których wiadomo, że zaburzą wchłanianie, dystrybucję, metabolizm lub wydalanie leków, w tym metabolizm soli żółciowych w jelicie.

3. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia maraliksiybatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

Po 24 miesiącach leczenia podawanie leku zostaje zawieszone w celu oceny po 4 tygodniach obserwacji czy objawy świądu powrócą. Jeżeli po 4 tygodniach obserwacji stwierdzi się wzrost nasilenia świądu w oparciu o wynik w skali ItchRO(Obs) o co najmniej 1 punkt pacjent automatycznie zostaje zakwalifikowany ponownie do leczenia w ramach programu.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie maraliksiybatem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

Badania kontrolne wykonywane nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:

- 1) oznaczenie poziomu witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E;
- 2) ocena stężenia międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR);
- 3) badania ultrasonograficzne jamy brzusznej (ocena wątroby, dróg żółciowych, śledziony oraz układu moczowego);
- 4) pomiary antropometryczne - wzrost, masa ciała, BMI (u dzieci);
- 5) konsultacje w razie wskazań klinicznych: okulistyka, neurologiczna, kardiologiczna, nefrologiczna, gastrologiczna.

Regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u świadczeniobiorców, u których występuje biegunka.

3. Ocena skuteczności leczenia

Skuteczność leczenia maraliksiybatem oceniana jest na podstawie:

- 1) stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi – leczenie uznaje się za skuteczne jeśli nastąpi zmniejszenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy o co najmniej 50% względem wartości początkowych lub zostanie osiągnięte stężenie ≤ 70 $\mu\text{mol/l}$;
- 2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora ItchRO(Obs) – opiekunowie pacjenta wypełniają codziennie rano i wieczorem kwestionariusz ItchRO(Obs). Ocenie poddawane są wyniki średnie z każdego tygodnia obserwacji. Leczenie uznaje się za skuteczne jeśli zostanie osiągnięta pozytywna ocena świądu rozumiana jako zmniejszenie nasilenia świądu o co najmniej jeden punkt w porównaniu do wartości

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. *Ocena skuteczności leczenia*;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) stwierdzenie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza prowadzącego;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią – gdy leczenie nie zostaje zawieszane zgodnie z opisem w *Określenie czasu leczenia w programie*;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów;
- 8) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu nieskuteczności lub braku odpowiedzi na leczenie nie powinien być ponownie włączany do terapii tą samą substancją czynną.

5. Kryteria ponownego włączenia do programu

wyjściowej (w momencie kwalifikacji do programu) w ostatnich 6 tygodniach 3 miesięcznego okresu obserwacji.

Ocenę skuteczności leczenia *maraliksiybatem* na podstawie powyższych badań laboratoryjnych i obrazowych wykonuje się w 3 miesiącu od rozpoczęcia terapii, następnie co 3 miesiące.

Odpowiedź kliniczna na leczenie *maraliksiybatem*, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1 i 2.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
 - a) stężenia kwasów żółciowych,
 - b) oceny świądu oraz jakości snu wg skali ItchRO(Obs),
 - c) zmiany stężenia parametrów laboratoryjnych wyszczególnionych w pkt 2 *Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia*.
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

- | | | |
|--|--|--|
| <p>1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta, przy spełnieniu przez niego kryteriów kwalifikacji oraz braku spełnienia kryteriów wykluczenia, w sytuacji gdy wstrzymanie leczenia trwało nie dłużej niż 3 miesiące;</p> <p>2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie z powodu wystąpienia chorób współistniejących i sytuacji niezależnych od pacjenta, po ustąpieniu wyżej wymienionych okoliczności, jeżeli w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta, przy spełnieniu przez niego kryteriów kwalifikacji oraz braku spełnienia kryteriów wykluczenia, w sytuacji gdy wstrzymanie leczenia trwało nie dłużej niż 3 miesiące.</p> | | |
|--|--|--|

LECZENIE CHORYCH NA STWARDNIENIE ZANIKOWE BOCZNE (ICD-10:G12.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>Do leczenia tofersenem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek:18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie postaci genetycznej stwardnienia zanikowego bocznego (ALS, <i>amyotrophic lateral sclerosis</i>) spowodowanej mutacją w genie dysmutazy ponadtlenkowej 1 SOD1 potwierdzoną badaniem genetycznym; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 4) brak przeciwwskazań do nakłucia lędźwiowego; 5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili</p>	<p>1. Dawkowanie leku w programie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Maksymalnie finansuje się 100 mg tofersenu na podanie.</p> <p>Leczenie należy rozpocząć od 3 dawek nasycających podawanych w odstępach 14-dniowych.</p> <p>Następnie należy podawać dawkę podtrzymującą raz na 28 dni.</p> <p>W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) badanie genetyczne w kierunku genetycznej postaci ALS w przypadku braku wcześniejszego wyniku; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 5) oznaczenie eGFR we krwi; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) koagulogram (APTT, PT, TT, fibrynogen, płytki krwi); 8) oznaczenie wskaźnika BMI; 9) spirometria lub gazometria tętnicza; 10) tomografia komputerowa głowy; 11) test ciężowy (oświadczenie o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym); 12) konsultacja neurologiczna z oceną stopnia ciężkości choroby w skali ALSFRS-R (ang. <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale</i>) wraz z określeniem wartości przy rozpoczynaniu leczenia oraz zmiany w ciągu ostatnich 3 miesięcy jeśli te dane są dostępne.

rozpoczęcia leczenia tofersenem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia w pkt.3.

Przed wyłączeniem z programu lekowego lekarz prowadzący może wystąpić o opinię do Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) stopień ciężkości choroby, w którym terapia nosi znamiona uporczywej;
- 2) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Lecniczego;
- 3) pojawienie się przeciwwskazań do nakłucia lędźwiowego;
- 4) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które uniemożliwiają kontynuację leczenia;
- 6) wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuację leczenia;
- 7) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 8) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 9) ciąża lub karmienie piersią;
- 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów w

2. Monitorowanie leczenia

Przed podaniem każdej dawki tofersenu:

- 1) badanie dna oka;
- 2) oznaczenie wskaźnika BMI;
- 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;
- 4) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;
- 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;
- 6) oznaczenie eGFR we krwi;
- 7) morfologia krwi z rozmazem;
- 8) koagulogram (APTT, PT, TT, fibrynogen, płytki krwi);
- 9) test ciążowy – dotyczy kobiet w wieku reprodukcyjnym.

Ocenę stopnia ciężkości choroby w skali ALSFRS-R wykonuje się co 3 miesiące.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
 - a) wynik w skali ALSFRS-R przy rozpoczynaniu leczenia,
 - b) wynik w skali ALSFRS-R podczas oceny skuteczności;

<p>szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

LECZENIE DZIECI I MŁODZIEŻY CHORYCH NA GLEJAKA (ICD-10: C71)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka przy wykorzystaniu substancji czynnej dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dzieci powyżej 1 roku życia i młodzież; 2) masa ciała co najmniej 8 kg; 3) rozpoznanie i wcześniejsze leczenie: <ol style="list-style-type: none"> a) glejak o niskim stopniu złośliwości, zgodnie z klasyfikacją histologiczną WHO oraz postępująca choroba po leczeniu chirurgicznym lub nieoperacyjny guz, z koniecznością rozpoczęcia leczenia ogólnoustrojowego ze względu na ryzyko upośledzenia neurologicznego, albo b) glejak o wysokim stopniu złośliwości, zgodnie z klasyfikacją histologiczną WHO oraz choroba nawrotowa lub z progresją/brakiem odpowiedzi na leczenie pierwszego rzutu (lub chorzy, którzy otrzymali wcześniej przynajmniej jeden cykl leczenia radioterapią lub chemioterapią); 4) obecność mutacji BRAF V600E; 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL).</p> <p>2. Modyfikacja dawkowania leku</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) histologiczne potwierdzenie obecności glejaka o niskim stopniu złośliwości albo o wysokim stopniu złośliwości; 2) potwierdzenie mutacji BRAF V600E z użyciem zwalidowanej metody diagnostycznej; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w osoczu; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi; 7) pomiar ciśnienia krwi; 8) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST lub RANO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9) konsultacja dermatologiczna w kierunku zmian skórnych. <p>2. Monitorowanie leczenia</p>

- 5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (lub RANO w przypadku nowotworów OUN) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL;
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie:

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie.

3. Kryteria wyłączenia z programu

W trakcie leczenia nie rzadziej niż raz w miesiącu wykonuje się:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w osoczu;
- 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi;
- 5) pomiar ciśnienia krwi;
- 6) oznaczenie stężenia amylazy w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi;

W trakcie leczenia nie rzadziej niż raz na trzy miesiące wykonuje się:

- 1) konsultację okulistyczną;
- 2) konsultację kardiologiczną.

Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe TK lub MRI konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST lub RANO.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Badania wykonuje się co 14 – 18 tygodni.

<ol style="list-style-type: none">1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN);2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;4) wystąpienie nadwrażliwości na <i>dabrafenib</i> lub <i>trametynib</i> lub na substancję pomocniczą;5) okres ciąży lub karmienia piersią;6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		<p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności stosowanych w ramach niniejszego programu terapii określa się indywidualnie dla każdego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none">– całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie;– stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD);– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). <p>4. Monitorowanie programu</p> <ol style="list-style-type: none">1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących oceny skuteczności terapii zawartych w punkcie 3;3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	---

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO PIERWOTNEGO ZESPOŁU BÓLOWEGO PĘCZERZA MOCZOWEGO (ICD-10: N30.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz urolog po zasięgnięciu opinii ginekologa (w przypadku kobiet) oraz w razie potrzeby specjalisty ds. leczenia bólu.</p> <p>W programie finansuje się leczenie:</p> <p>1) <i>pentozanem wielosiarczanem sodowym</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> wiek ≥ 18 lat; rozpoznanie zespołu bolesnego pęcherza/śródmiaższowego zapalenia pęcherza kategorii 2B lub wyższej wg ESSIC, przy czym ostatnia cystoskopia i badanie anatomopatologiczne (jeśli wykonywano) nie mogą być starsze niż 12 miesięcy. Nie ma możliwości kwalifikacji do programu pacjenta z glomerulacjami i nie wykonana lub prawidłową biopsja pęcherza; całkowity wynik ≥ 11 według wskaźnika objawów śródmiaższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI); uzyskanie wyniku > 0 według kwestionariusza śródmiaższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary- 	<p>1. Dawkowanie</p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Maksymalna dawka pentozanu wielosiarczanu sodu wynosi 300 mg/dobę w postaci jednej kapsułki 100 mg przyjmowanej doustnie trzy razy na dobę.</p> <p>Kapsułki należy przyjmować co najmniej godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku, popijając wodą.</p>	<p>1. Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> wywiad lekarski wraz z: <ol style="list-style-type: none"> oceną charakterystyki bólu (lokalizacja bólu, rodzaj bólu, stopień nasilenia bólu, czynniki nasilające ból), identyfikacją czynników wywołujących lub nasilających ból (w tym dietetycznych), występowaniem objawów z dolnych dróg moczowych, występowaniem objawów związanych z narządami miednicy mniejszej; ocena nasilenia objawów według wskaźnika objawów śródmiaższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI); badanie fizykalne z badaniem neurourologicznym (badanie per rectum lub per vaginam); badanie ogólne i bakteriologiczne moczu; badanie cystoskopowe i ocena anatomopatologiczna (dopuszczalne jest badanie archiwalne nie starsze niż 12 miesięcy) i oceną wg ESSIC; 3 - dniowy dzienniczek mikcji (ilość, objętość, czas mikcji (data, godzina), ilość i natężenie parć naglających z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów) - nie starszy niż 7 dni;

<p>Sant (kwestionariusz ICSI) w przypadku każdego z komponentów (ból pęcherza moczowego, parcie na mocz, częstość oddawania moczu, nokturia) oraz wyniku ≥ 3 przynajmniej dla jednego z komponentów kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI);</p> <p>5) co najmniej 15 mikcji / dobę (≥ 45 mikcji w ciągu 3 kolejnych dni);</p> <p>6) utrzymujący się przez co najmniej 12 miesięcy ból, ucisk lub dyskomfort miednicy, odczuwany jak mający związek z pęcherzem moczowym;</p> <p>7) potwierdzony brak skuteczności leczenia fizjoterapią, modyfikacjami diety i lekami przeciwbólowymi nienarkotycznymi, przy czym leczenie trwało min 6 miesięcy;</p> <p>8) wykluczenie innych jednostek chorobowych, jako przyczyn dolegliwości (ból pęcherza moczowego, parcie na mocz, częstość oddawania moczu, nokturia);</p> <p>9) negatywny wywiad w kierunku: pęcherza popromiennego, pęcherza neurogennego, nowotworów układu moczowo-płciowego;</p> <p>10) ujemny wynik posiewu moczu;</p> <p>11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>12) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.</p>		<p>7) badania obrazowe zgodne z zaleceniami dla zespołu bolesnego pęcherza moczowego/śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego (minimum: badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej);</p> <p>8) konsultacja kardiologiczna w przypadku pacjentów przyjmujących przewlekle leki przeciwzakrzepowe, pochodne heparyny, leki trombolityczne lub przeciwplatekcyjne, w tym kwas acetylosalicylowy (ASA) lub niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), (z wyłączeniem stosowania ASA poniżej 100 mg oraz doraźnego stosowania NLPZ).</p> <p>2. Monitorowanie leczenia</p> <p>1) wywiad lekarski wraz z:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) oceną charakterystyki bólu (lokalizacja bólu, rodzaj bólu, stopień nasilenia bólu, czynniki nasilające ból), b) identyfikacją czynników wywołujących lub nasilających ból (w tym dietetycznych), c) występowaniem objawów z dolnych dróg moczowych, d) występowaniem objawów związanych z narządami miednicy mniejszej; <p>2) ocena nasilenia objawów według wskaźnika objawów śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary - Sant (kwestionariusz ICSI);</p> <p>3) badanie fizykalne z badaniem neurourologicznym (badanie per rectum lub per vaginam);</p> <p>4) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;</p> <p>5) 3 - dniowy dzienniczek mikcji (ilość, objętość, czas mikcji(data, godzina), ilość i natężenie parć naglących z lub</p>
---	--	--

Wszystkie powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu – zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- 1) brak wyniku anatomopatologicznego biopsji pęcherza lub wynik prawidłowy dla postaci z glomerulacjami;
- 2) brak próby leczenia zachowawczego przez min. 6 miesięcy;
- 3) udokumentowany czas trwania choroby krótszy niż 12 miesięcy.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak poprawy po upływie 6 miesięcy po rozpoczęciu terapii: wynik bez zmian lub większa liczba punktów według kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O’Leary-Sant (kwestionariusz ICSI) w porównaniu z wynikiem uzyskanym przy kwalifikacji do programu;
- 2) pogorszenie zarejestrowane w ciągu 2 kolejnych wizyt (zgodnie z pkt 2 - monitorowanie leczenia). Pogorszenie

bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów) - nie starszy niż 7 dni;

- 6) badania obrazowe zgodne z zaleceniami dla zespołu bolesnego pęcherza moczowego/śródmiaższowego zapalenia pęcherza moczowego (minimum: badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej);
- 7) konsultacja okulistyczna wraz z badaniami okulistycznymi w celu wczesnego rozpoznania makulopatii barwnikowej (badanie pola widzenia, dna oka, elektroretinogram oraz angiografia fluoresceinowa);
- 8) konsultacja kardiologiczna w zakresie stosowania pentozanu wielosiarczanu sodowego z produktami leczniczymi wpływającymi na krzepnięcie krwi, takimi jak: leki przeciwzakrzepowe, pochodne heparyny, leki trombolityczne lub przeciwplatekcyjne, w tym kwas acetylosalicylowy lub niesteroidowe leki przeciwzapalne – do decyzji lekarza prowadzącego.

Pierwsze trzy wizyty kontrolne wraz z oceną skuteczności leczenia odbywają się co 4 tygodnie.

Następnie wizyty kontrolne i ocena skuteczności leczenia odbywa się co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania).

Konsultacja okulistyczna odbywa się po 6 miesiącach stosowania pentozanu wielosiarczanu sodu, a następnie kolejne wizyty co 12 miesięcy (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania).

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

<p>definiowane jest jako liczba punktów według kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI) większa o ≥ 1 w porównaniu z wynikiem uzyskanym w poprzedniej wizycie;</p> <p>3) zwiększenie całkowitej liczby mikcji o więcej niż 10% w 3 dniowym dzienniczku mikcyjnym (w porównaniu do wartości wyjściowej) utrzymujące się podczas 2 kolejnych wizyt monitorujących (zgodnie z pkt 2 - monitorowanie leczenia);</p> <p>4) nieprowadzenie dzienniczka mikcji;</p> <p>5) nadwrażliwość na pentozanu wielosiarczanu sodu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>6) stwierdzenie istotnych zmian okulistycznych (rozpoznanie makulopatii barwnikowej);</p> <p>7) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii :w tym między innymi liczba punktów według kwestionariusza śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego O'Leary-Sant (kwestionariusz ICSI) oraz liczba mikcji wg. dzienniczka pacjenta;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Abirateroni acetat	Abiral, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901720140555	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
2	Abirateroni acetat	Abirateron Sun, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991496258	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
3	Abirateroni acetat	Abiraterone Accord, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05055565780886	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetat	Abiraterone Glenmark, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991472276	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
5	Abirateroni acetat	Abiraterone Krka, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	03838989746711	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
6	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
7	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05907626709865	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
8	Abirateroni acetat	Abiraterone Stada, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991474102	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetat	Abiraterone Vipham, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901812162175	2026-01-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
10	Abirateroni acetat	Grumabix, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05900411008624	2025-04-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3205,44	C.87.a.; C.87.b.	bezpłatny	0 zł
11	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2025-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	59,80	64,58	68,46	68,46	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
12	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2025-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	134,55	145,31	154,03	154,03	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
13	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
14	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	<1><2>2025-01-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
15	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
16	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2026-01-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	91,58	C.68.; C.68.b.	bezpłatny	0 zł
17	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
18	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2026-01-01	2 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	968,85	1046,36	1109,14	1109,14	C.110.	bezpłatny	0 zł
19	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2026-01-01	2 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1937,70	2092,72	2218,28	2218,28	C.110.	bezpłatny	0 zł
20	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
21	Anagrelidum	Anagrelide Bluefish, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991422929	2024-10-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	219,00	236,52	250,71	250,71	C.72.	bezpłatny	0 zł
22	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	300,00	324,00	343,44	343,44	C.72.	bezpłatny	0 zł
23	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991355135	2025-04-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	350,00	378,00	400,68	400,68	C.72.	bezpłatny	0 zł
24	Anagrelidum	Anagrelide Vipham, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
25	Anagrelidum	Anagrelide Vipham, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991354503	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	800,00	864,00	915,84	915,84	C.72.	bezpłatny	0 zł
26	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	430,00	464,40	492,26	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
27	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
28	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2024-07-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	55,00	59,40	62,96	62,96	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
29	Aprepitantum	Aprepitant Viatrix, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
30	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fiol.	05055565763643	<1><3>2026-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	4875,00	5265,00	5580,90	5580,90	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
31	Arsenii trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	10 fiolek po 6 ml	05909991404406	<1><2>2025-04-01/<3>2024-04-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7800,00	8424,00	8929,44	6697,08	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
32	Axitinibum	Axitinib Accord, tabl. powł., 1 mg	56 szt.	05055565797242	2025-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	1486,30	1605,20	1701,52	1701,52	C.99.	bezpłatny	0 zł
33	Axitinibum	Axitinib Accord, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05055565797266	2025-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	7431,50	8026,02	8507,58	8507,58	C.99.	bezpłatny	0 zł
34	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2024-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	2096,79	2264,53	2400,41	1701,52	C.99.	bezpłatny	0 zł
35	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2024-10-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	10484,01	11322,73	12002,09	8507,60	C.99.	bezpłatny	0 zł
36	Azacidinum	Azacidine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	<1>2023-11-01/<2>2025-01-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,00	442,80	469,37	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
37	Azacidinum	Azacidine Betapharm, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	04251556500117	<1>2023-09-01; <2>2024-04-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
38	Azacidinum	Azacidine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05901797710859	<1>2024-07-01/<2>2023-05-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
39	Azacidinum	Azacidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991452001	2024-07-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	C.69.a.	bezpłatny	0 zł
40	Azacidinum	Azacidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	2024-07-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	553,50	597,78	633,65	633,65	C.69.a.	bezpłatny	0 zł
41	Azacidinum	Azacidine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	460,00	496,80	526,61	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
42	Azacidinum	Azacidine STADA, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991463489	<1>2025-10-01/<2>2024-10-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	380,00	410,40	435,02	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
43	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
44	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	362,50	391,50	414,99	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
45	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Eugia, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991501143	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	750,00	810,00	858,60	858,60	C.67.	bezpłatny	0 zł
46	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Eugia, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991501136	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	200,00	216,00	228,96	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
47	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2075,00	2241,00	2375,46	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł
48	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	518,75	560,25	593,87	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
49	Bendamustini hydrochloridum monohydricum	Bendamustine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	5 fiol.po 4 ml	05909991497217	2024-07-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł
50	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05397315000074	2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
51	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05397315000067	2025-04-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
52	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><3>2024-10-01/<2>2025-10-01/<4>2025-01-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
53	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2024-10-01/<2><5>2025-10-01/<4>2025-01-01	<1><3><4><5>2 lata/<2>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
54	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05909991451349	<1><3>2025-04-01/<2>2024-04-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1690,00	1825,20	1934,71	1923,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
55	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2025-04-01/<2><5>2024-04-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
56	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05996537007047	2025-07-01	<1><3>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1100,00	1188,00	1259,28	1259,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
57	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2025-07-01	<1><3><5>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
58	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2025-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	44,00	47,52	50,37	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
59	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2025-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.2.	bezpłatny	0 zł
60	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2026-01-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	47,50	51,30	54,38	51,90	C.2.	bezpłatny	0 zł
61	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	05909990946983	2025-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	103,40	111,67	118,37	118,37	C.3.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
62	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05055565779859	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	400,00	432,00	457,92	327,09	C.76.	bezpłatny	0 zł
63	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05055565774137	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	457,92	C.76.	bezpłatny	0 zł
64	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2024-10-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	457,92	C.76.	bezpłatny	0 zł
65	Bortezomibum	Bortezomib Eugia, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991451813	2025-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	120,00	129,60	137,38	137,38	C.76.	bezpłatny	0 zł
66	Bortezomibum	Bortezomib Ever Pharma, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05909991511166	2025-04-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	400,00	432,00	457,92	457,92	C.76.	bezpłatny	0 zł
67	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04052682056314	2026-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	175,00	189,00	200,34	200,34	C.76.	bezpłatny	0 zł
68	Bortezomibum	Bortezomib Reddy, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04251958600705	2024-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	115,00	124,20	131,65	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
69	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2026-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	114,00	123,12	130,51	130,51	C.76.	bezpłatny	0 zł
70	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutinib	1855,10	2003,51	2123,72	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
71	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutinib	9275,50	10017,54	10618,59	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
72	Bosutinibum	Bosutinib Onkogen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05999887284793	2026-01-01	2 lata	1163.0, Bosutinib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
73	Bosutinibum	Bosutinib Onkogen, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05999887284809	2026-01-01	2 lata	1163.0, Bosutinib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
74	Bosutinibum	Bosutinib Stada, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991538491	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutinib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
75	Bosutinibum	Bosutinib Stada, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991538538	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutinib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
76	Bosutinibum	Bosutinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	08594739312159	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutinib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
77	Bosutinibum	Bosutinib Zentiva, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	08594739312142	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutinib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
78	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2025-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	330,00	356,40	377,78	377,78	C.4.	bezpłatny	0 zł
79	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 4,5 ml	05909991452742	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5040,00	5443,20	5769,79	2594,69	C.97.	bezpłatny	0 zł
80	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991452728	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5600,00	6048,00	6410,88	2882,99	C.97.	bezpłatny	0 zł
81	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 6 ml	05909991452735	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	6720,00	7257,60	7693,06	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
82	Cabazitaxelum	Cabazitaxel MSN, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml (60 mg) + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	05909991479909	2025-07-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
83	Cabazitaxelum	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml (60 mg) + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	08594739254732	2025-07-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
84	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05907626707564	2023-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	15,00	16,20	17,17	17,12	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
85	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05907626707571	2023-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	30,00	32,40	34,34	34,23	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
86	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	69,00	74,52	78,99	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
87	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	138,00	149,04	157,98	135,66	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
88	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	400,00	432,00	457,92	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
89	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05902020241720	2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	55,00	59,40	62,96	62,96	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
90	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05902020241737	2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
91	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	59,25	63,99	67,83	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
92	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	394,98	426,58	452,17	452,17	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
93	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	238,00	257,04	272,46	272,46	C.6.	bezpłatny	0 zł
94	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	37,00	39,96	42,36	42,36	C.6.	bezpłatny	0 zł
95	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
96	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990816156	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	16,90	18,25	19,34	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
97	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	158,00	170,64	180,88	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
98	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990450015	2025-10-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	22,80	24,62	26,10	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
99	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990450022	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	42,00	45,36	48,08	48,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
100	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990450039	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	128,50	138,78	147,11	147,11	C.6.	bezpłatny	0 zł
101	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990662753	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	171,00	184,68	195,76	195,76	C.6.	bezpłatny	0 zł
102	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2024-04-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	42,00	45,36	48,08	48,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
103	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2024-04-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	128,50	138,78	147,11	147,11	C.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
104	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776726	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	22,50	24,30	25,76	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
105	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990851058	2025-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	171,00	184,68	195,76	195,76	C.6.	bezpłatny	0 zł
106	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2025-04-01/<2>2024-04-01/<3>2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1057.0, Cetuximab	3545,00	3828,60	4058,32	4058,30	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.; <3>C.95.c.	bezpłatny	0 zł
107	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2025-04-01/<2>2024-04-01/<3>2025-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1057.0, Cetuximab	709,00	765,72	811,66	811,66	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.; <3>C.95.c.	bezpłatny	0 zł
108	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2025-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	71,00	76,68	81,28	81,28	C.8.	bezpłatny	0 zł
109	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2025-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	110,00	118,80	125,93	125,93	C.10.	bezpłatny	0 zł
110	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	126,00	136,08	144,24	66,40	C.11.	bezpłatny	0 zł
111	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990958481	2026-01-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	12,60	13,61	14,43	6,64	C.11.	bezpłatny	0 zł
112	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990958504	2026-01-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	63,00	68,04	72,12	33,20	C.11.	bezpłatny	0 zł
113	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	8,00	8,64	9,18	6,64	C.11.	bezpłatny	0 zł
114	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	58,00	62,64	66,40	66,40	C.11.	bezpłatny	0 zł
115	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	39,00	42,12	44,65	33,20	C.11.	bezpłatny	0 zł
116	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2025-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	703,45	759,73	805,31	805,31	C.12.	bezpłatny	0 zł
117	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	07622436113142	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	38,16	41,21	43,69	43,68	C.13.	bezpłatny	0 zł
118	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07622436113159	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	76,32	82,43	87,37	87,36	C.13.	bezpłatny	0 zł
119	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 5 ml	07622436113135	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	19,08	20,61	21,84	21,84	C.13.	bezpłatny	0 zł
120	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol.	05909990241019	2025-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	50,89	54,96	58,26	43,68	C.13.	bezpłatny	0 zł
121	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.	05909990240913	2025-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	13,50	14,58	15,45	8,74	C.13.	bezpłatny	0 zł
122	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	67,15	72,52	76,87	76,87	C.13.	bezpłatny	0 zł
123	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	7,80	8,42	8,96	8,96	C.14.	bezpłatny	0 zł
124	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	39,00	42,12	44,65	44,65	C.14.	bezpłatny	0 zł
125	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	78,00	84,24	89,29	89,29	C.14.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
126	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	156,00	168,48	178,59	178,59	C.14.	bezpłatny	0 zł
127	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	168,00	181,44	192,33	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
128	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	160,00	172,80	183,17	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
129	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	320,00	345,60	366,34	366,32	C.16.	bezpłatny	0 zł
130	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	80,00	86,40	91,58	91,58	C.16.	bezpłatny	0 zł
131	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropozę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
132	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropozę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
133	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 111 mg	30 szt.	08594739302136	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	4200,00	4536,00	4808,16	3606,12	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
134	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 16 mg	60 szt.	08594739302143	<1>2024-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1200,00	1296,00	1373,76	1030,32	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
135	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08594739302259	<1>2024-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	2575,80	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
136	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 63 mg	30 szt.	08594739302242	<1>2024-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2400,00	2592,00	2747,52	2060,64	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
137	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 79 mg	30 szt.	08594739264151	<1>2024-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	2575,80	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
138	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	07613421021856	<1><2>2024-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
139	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	07613421021863	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3864,00	4173,12	4423,51	3606,12	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
140	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	07613421021825	<1><2>2024-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
141	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	07613421021832	<1><2>2024-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
142	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	07613421021849	<1><2>2024-07-01/<3>2025-10-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1800,00	1944,00	2060,64	2060,64	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.; <3>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
143	Dasatinibum	Dasatinib Viatrix, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991419943	<1>2023-05-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
144	Dasatinibum	Dasatinib Viatrix, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991419950	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	4914,00	5307,12	5625,55	3606,12	C.92.a.; C.92.b.	bezpłatny	0 zł
145	Dasatinibum	Dasatinib Viatrix, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991419790	<1>2023-05-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
146	Dasatinibum	Dasatinib Viatrix, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991419875	<1>2023-05-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
147	Dasatinibum	Dasatinib Viatrix, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991419929	<1>2023-05-01/<2>2025-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1059.0, Dazatynib	1800,00	1944,00	2060,64	2060,64	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
148	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991418779	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
149	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991418793	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3150,00	3402,00	3606,12	3606,12	C.92.a.; C.92.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

150	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991418670	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
151	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991418687	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
152	Dasatinibum	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991418762	2026-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1800,00	1944,00	2060,64	2060,64	C.92.a.; C.92.b.; C.92.c.	bezpłatny	0 zł
153	Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum	Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg	1 fiol.	00368727109827	2024-10-01	2 lata	1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina	22110,00	23878,80	25311,53	25311,53	C.83.	bezpłatny	0 zł
154	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991386870	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3690,00	3985,20	4224,31	2575,80	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
155	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991386900	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5166,00	5579,28	5914,04	3606,12	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
156	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991386733	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1476,00	1594,08	1689,72	1030,32	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
157	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991386764	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3690,00	3985,20	4224,31	2575,80	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
158	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991386825	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	2952,00	3188,16	3379,45	2060,64	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
159	Denosumabum	Enwylma, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	08594739318380	2026-01-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	730,00	788,40	835,70	835,70	C.109.	bezpłatny	0 zł
160	Denosumabum	Jubereq, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol. 1,7 ml	05056842801331	2026-01-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	2218,62	2396,11	2539,88	2507,10	C.109.	bezpłatny	0 zł
161	Denosumabum	Osenvelt, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	05996537035026	2026-01-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	800,00	864,00	915,84	835,70	C.109.	bezpłatny	0 zł
162	Denosumabum	Wyost, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 fiol. 1,7 ml	07622436123974	2026-01-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	780,63	843,08	893,67	835,70	C.109.	bezpłatny	0 zł
163	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol.po 1,7 ml	05909990935024	2024-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	3286,85	3549,80	3762,78	2507,10	C.109.	bezpłatny	0 zł
164	Dexamethasoni phosphas	Demezom, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2023-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	13,50	14,58	15,45	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
165	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2024-07-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	16,50	17,82	18,89	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
166	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	2025-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	400,00	432,00	457,92	274,72	C.19.	bezpłatny	0 zł
167	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990777020	2025-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	200,00	216,00	228,96	137,36	C.19.	bezpłatny	0 zł
168	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990994557	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	30,00	32,40	34,34	34,34	C.19.	bezpłatny	0 zł
169	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	120,00	129,60	137,38	137,36	C.19.	bezpłatny	0 zł
170	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	240,00	259,20	274,75	274,72	C.19.	bezpłatny	0 zł
171	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	211,48	228,40	242,10	242,08	C.20.	bezpłatny	0 zł
172	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	52,87	57,10	60,52	60,52	C.20.	bezpłatny	0 zł
173	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,57	11,42	12,10	12,10	C.20.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
174	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	105,74	114,20	121,05	121,04	C.20.	bezpłatny	0 zł
175	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	211,48	228,40	242,10	242,08	C.20.	bezpłatny	0 zł
176	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2025-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,57	11,42	12,10	12,10	C.20.	bezpłatny	0 zł
177	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2025-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	105,74	114,20	121,05	121,04	C.20.	bezpłatny	0 zł
178	Doxorubicini hydrochloridum	Zolsketil pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania dyspersji do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05055565781623	2023-05-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	930,00	1004,40	1064,66	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
179	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2025-04-01	2 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1354,50	1462,86	1550,63	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
180	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990983032	2024-07-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	2325,00	2511,00	2661,66	2661,65	C.22.	bezpłatny	0 zł
181	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2024-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	52,87	57,10	60,52	60,52	C.20.	bezpłatny	0 zł
182	Doxorubicinum	Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg	2 zest. po 3 fiol.	05909990213559	2025-04-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3005,38	3245,81	3440,56	3440,56	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
183	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	500,00	540,00	572,40	526,60	C.23.	bezpłatny	0 zł
184	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	125,00	135,00	143,10	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
185	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	25,00	27,00	28,62	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
186	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	250,00	270,00	286,20	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
187	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990796397	2025-04-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	115,00	124,20	131,65	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
188	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2026-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	686,88	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
189	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2025-10-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	650,00	702,00	744,12	744,12	C.81.	bezpłatny	0 zł
190	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2025-10-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	975,00	1053,00	1116,18	1116,18	C.81.	bezpłatny	0 zł
191	Etoposidum	Etoposid Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990776214	2025-10-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	46,50	50,22	53,23	53,23	C.24.	bezpłatny	0 zł
192	Etoposidum	Etoposid Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2,5 ml	05909990776016	2025-10-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	11,63	12,56	13,32	13,31	C.24.	bezpłatny	0 zł
193	Etoposidum	Etoposid Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990776313	2025-10-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	93,00	100,44	106,47	106,47	C.24.	bezpłatny	0 zł
194	Etoposidum	Etoposid Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776115	2025-10-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	23,25	25,11	26,62	26,62	C.24.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
195	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991233297	2025-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	46,50	50,22	53,23	53,23	C.24.	bezpłatny	0 zł
196	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991233303	2025-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	93,00	100,44	106,47	106,47	C.24.	bezpłatny	0 zł
197	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991198121	2023-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	23,25	25,11	26,62	26,62	C.24.	bezpłatny	0 zł
198	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990711598	2024-07-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	12000,00	12960,00	13737,60	7555,68	C.91.a.	bezpłatny	0 zł
199	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990711567	2024-07-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	8620,00	9309,60	9868,18	3777,84	C.91.a.	bezpłatny	0 zł
200	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2025-04-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	6600,00	7128,00	7555,68	7555,68	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
201	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2025-04-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	3300,00	3564,00	3777,84	3777,84	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
202	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
203	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
204	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	<1>2024-10-01/<2>2025-10-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
205	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	<1>2024-10-01/<2>2025-10-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
206	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	10125,00	10935,00	11591,10	11591,10	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
207	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	3637,50	3928,50	4164,21	2897,78	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
208	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	7275,00	7857,00	8328,42	5795,55	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
209	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	53,00	57,24	60,67	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
210	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	265,00	286,20	303,37	294,38	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
211	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	84,80	91,58	97,08	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
212	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877	2026-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	424,00	457,92	485,40	471,00	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
213	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz. po 0,5 ml	05909990687787	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	203,19	219,45	232,61	232,61	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
214	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	71,50	77,22	81,85	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
215	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz. po 0,5 ml	05909990687848	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	325,16	351,17	372,24	372,24	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
216	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	106,96	115,52	122,45	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
217	Fludarabini phosphas	Fludara, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2025-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1439,00	1554,12	1647,37	1647,37	C.25.	bezpłatny	0 zł
218	Fluorouracilum	5 Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990450633	2025-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	17,50	18,90	20,03	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

219	Fluorouracilum	5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990336258	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	87,10	94,07	99,72	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
220	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	5,60	6,05	6,59	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
221	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	56,00	60,48	64,11	64,11	C.26.	bezpłatny	0 zł
222	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	11,20	12,10	12,82	12,82	C.26.	bezpłatny	0 zł
223	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,90	7,45	7,99	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
224	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
225	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,30	14,36	15,23	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
226	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
227	Fulvestrantum	Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991422189	2024-10-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
228	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	460,00	496,80	526,61	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
229	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161888	2025-04-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	432,00	466,56	494,55	494,55	C.27.	bezpłatny	0 zł
230	Fulvestrantum	Fulvestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991399221	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	478,00	516,24	547,21	547,21	C.27.	bezpłatny	0 zł
231	Gefitynibum	Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2024-10-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.80.	bezpłatny	0 zł
232	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990976089	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	75,00	81,00	85,86	85,86	C.28.	bezpłatny	0 zł
233	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	16,50	17,82	18,89	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
234	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	150,00	162,00	171,72	171,72	C.28.	bezpłatny	0 zł
235	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	95,00	102,60	108,76	94,45	C.28.	bezpłatny	0 zł
236	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990870998	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	25,00	27,00	28,62	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
237	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990871049	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	190,00	205,20	217,51	188,90	C.28.	bezpłatny	0 zł
238	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt.	05909990836758	2025-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
239	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2025-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
240	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2025-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	111,50	120,42	127,65	115,34	C.31.	bezpłatny	0 zł
241	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2025-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	201,50	217,62	230,68	230,68	C.31.	bezpłatny	0 zł
242	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1><2><3>2023-09-01/<4>2025-04-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatymib -2	200,00	216,00	228,96	228,96	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
243	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1><2><3>2023-09-01/<4>2025-04-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatymib -2	400,00	432,00	457,92	457,92	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
244	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatymib -2	215,00	232,20	246,13	246,13	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
245	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatymib -2	430,00	464,40	492,26	492,26	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
246	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatymib -2	240,00	259,20	274,75	246,13	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
247	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatymib -2	480,00	518,40	549,50	492,26	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
248	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05055565731345	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	150,00	162,00	171,72	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
249	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05055565731321	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,00	21,60	22,90	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
250	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05055565731352	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	250,00	270,00	286,20	242,32	C.35.	bezpłatny	0 zł
251	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05055565731338	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	50,00	54,00	57,24	48,46	C.35.	bezpłatny	0 zł
252	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990796946	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	127,00	137,16	145,39	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
253	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990726943	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	18,80	20,30	21,52	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
254	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990796953	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.35.	bezpłatny	0 zł
255	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990726950	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	41,50	44,82	47,51	47,51	C.35.	bezpłatny	0 zł
256	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4117,56	4446,96	4713,78	4713,78	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
257	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2478,35	2676,62	2837,21	2514,16	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
258	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3294,24	3557,78	3771,24	3771,24	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
259	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2025-07-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	5979,16	6457,49	6844,94	6844,94	C.96.	bezpłatny	0 zł
260	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2025-07-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2989,58	3228,75	3422,47	3422,47	C.96.	bezpłatny	0 zł
261	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991466206	<1><3>2025-01-01/<2>2026-01-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
262	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991450946	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
263	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 20 mg	21 szt.	05909991450953	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
264	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991450960	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
265	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991466220	<1><3>2025-01-01/<2>2026-01-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
266	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	<1>2024-07-01/<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
267	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
268	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
269	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	<1>2024-07-01/<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
270	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991425135	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
271	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991425159	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
272	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991425197	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
273	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991425098	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
274	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	03838989737627	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-04-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
275	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	03838989737634	<1>2024-07-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
276	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	03838989737641	<1>2024-07-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
277	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	03838989737658	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-04-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
278	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991471965	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01/<3>2025-04-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	500,00	540,00	572,40	572,40	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
279	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991471972	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	750,00	810,00	858,60	858,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
280	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991471996	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1250,00	1350,00	1431,00	1431,00	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
281	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991471941	<1>2025-01-01/<2>2026-01-01/<3>2025-04-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	250,00	270,00	286,20	286,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
282	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
283	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1350,00	1458,00	1545,48	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
284	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2250,00	2430,00	2575,80	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
285	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	450,00	486,00	515,16	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
286	Melphalanum	Alkeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2025-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	100,00	108,00	114,48	114,48	C.39.	bezpłatny	0 zł
287	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	38,00	41,04	43,50	43,50	C.40.	bezpłatny	0 zł
288	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991438647	2024-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
289	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909990265831	2025-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	176,89	191,04	202,50	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
290	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. po 50 ml	05909990333936	2025-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	350,00	378,00	400,68	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
291	Methotrexatum	Metotreksat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991333447	2025-10-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	262,50	283,50	300,51	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
292	Mitotanium	Lysodren, tabl., 500 mg	100 szt.	05909990335237	2025-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanium	2465,00	2662,20	2821,93	2821,93	C.43.	bezpłatny	0 zł
293	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.a 50 ml	07613421036027	2024-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.73.	bezpłatny	0 zł
294	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2025-04-01/<2>2023-07-01	3 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	192,00	207,36	219,80	219,80	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
295	Nilotinibum	Nilotinib Accord, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05055565796061	2025-07-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4450,00	4806,00	5094,36	5094,36	C.103.	bezpłatny	0 zł
296	Nilotinibum	Nilotinib Stada, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909991557522	2025-10-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4100,00	4428,00	4693,68	4693,68	C.103.	bezpłatny	0 zł
297	Nilotinibum	Nilotinib Zentiva, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	08594739274525	2025-04-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4500,00	4860,00	5151,60	5151,60	C.103.	bezpłatny	0 zł
298	Nilotinibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2026-01-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	9804,13	10588,46	11223,77	5151,60	C.103.	bezpłatny	0 zł
299	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2025-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	40,00	43,20	45,79	29,72	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
300	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2025-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	30,00	32,40	34,34	14,86	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
301	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	519,22	560,76	594,40	594,40	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
302	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2025-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1038,45	1121,53	1188,82	1188,82	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
303	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2025-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1557,67	1682,28	1783,22	1783,22	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
304	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2025-07-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
305	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2026-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
306	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2026-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	25,90	27,97	29,65	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
307	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990055197	2025-01-01	3 lata	1047.1, Ondansetronum inj.	5,90	6,37	6,91	5,73	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
308	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990055234	2025-01-01	3 lata	1047.1, Ondansetronum inj.	10,00	10,80	11,45	11,45	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
309	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2025-07-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
310	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2025-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
311	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2025-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
312	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990798247	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	26,50	28,62	30,34	30,34	<1>C.46.; <2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
313	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	56,50	61,02	64,68	64,68	<1>C.46.; <2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
314	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990827381	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	113,00	122,04	129,36	129,36	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
315	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	29,50	31,86	33,77	32,34	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
316	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	59,00	63,72	67,54	64,68	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
317	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	118,00	127,44	135,09	129,36	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
318	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990874361	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	46,70	50,44	53,46	53,46	C.47.	bezpłatny	0 zł
319	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990874385	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	62,00	66,96	70,98	70,98	C.47.	bezpłatny	0 zł
320	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990874347	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,00	24,84	26,33	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
321	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990874408	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	123,50	133,38	141,38	141,38	C.47.	bezpłatny	0 zł
322	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990018390	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	100,00	108,00	114,48	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
323	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990018406	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	103,04	C.47.	bezpłatny	0 zł
324	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990018383	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	30,00	32,40	34,34	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
325	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990018420	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	300,00	324,00	343,44	206,07	C.47.	bezpłatny	0 zł
326	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2024-04-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	60,00	64,80	68,69	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
327	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2024-04-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
328	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2024-04-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	154,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
329	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991037093	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	240,00	259,20	274,75	274,75	C.47.	bezpłatny	0 zł
330	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991037086	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	67,50	72,90	77,27	77,27	C.47.	bezpłatny	0 zł
331	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 mg	05909990930265	2024-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	861,90	930,85	986,70	740,03	C.104.c.	bezpłatny	0 zł
332	Paclitaxelum albuminatum	Apexelsin, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 100 mg	08721161238041	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	646,42	698,13	740,03	740,03	<1>C.104.a.; C.104.b.;<2>C.104.c.	bezpłatny	0 zł
333	Paclitaxelum albuminatum	Naveruclif, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 100 mg	05055565791660	2025-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	646,42	698,13	740,03	740,03	<1>C.104.a.; C.104.b.;<2>C.104.c.	bezpłatny	0 zł
334	Panitumumabum	Vecitibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	20 ml	05909990646555	2025-01-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	C.94.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
335	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	5 ml	05909990646531	2025-01-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.94.	bezpłatny	0 zł
336	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990764877	2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1110.0, Pazopanib	2070,00	2235,60	2369,74	2369,74	<1>C.107.; <2>C.107.b.	bezpłatny	0 zł
337	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	90 szt.	05909990764884	2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1110.0, Pazopanib	6210,00	6706,80	7109,21	7109,21	<1>C.107.; <2>C.107.b.	bezpłatny	0 zł
338	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990764891	2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1110.0, Pazopanib	4140,00	4471,20	4739,47	4739,47	<1>C.107.; <2>C.107.b.	bezpłatny	0 zł
339	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	60 szt.	05909990764907	2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1110.0, Pazopanib	8280,00	8942,40	9478,94	9478,94	<1>C.107.; <2>C.107.b.	bezpłatny	0 zł
340	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2023-05-01	3 lata	1033.0, Pegasparagasum	6669,50	7203,06	7635,24	7635,24	C.48.	bezpłatny	0 zł
341	Pegfilgrastimum	Fulphila, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05397315001385	2025-10-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
342	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
343	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2025-04-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1700,00	1836,00	1946,16	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
344	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
345	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
346	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
347	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991289362	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
348	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	05909991289379	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	595,00	642,60	681,16	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
349	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05055565768969	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
350	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05055565768952	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
351	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05055565768976	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
352	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991466480	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	595,00	642,60	681,16	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
353	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991466497	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
354	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991466503	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1190,00	1285,20	1362,31	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
355	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991444174	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	598,00	645,84	684,59	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
356	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991444167	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,50	129,06	136,80	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
357	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991444181	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1198,00	1293,84	1371,47	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
358	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07613421047023	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
359	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	07613421047016	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
360	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	07613421047030	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
361	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2024-07-01	3 lata	1126.0, Pteryksafor	17460,00	18856,80	19988,21	10820,65	C.71.	bezpłatny	0 zł
362	Plerixaforum	Plerixafor Biofar, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909991518332	2025-01-01	3 lata	1126.0, Pteryksafor	9451,99	10208,15	10820,64	10820,64	C.71.	bezpłatny	0 zł
363	Plerixaforum	Plerixafor MSN, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909991519049	2025-07-01	3 lata	1126.0, Pteryksafor	9451,00	10207,08	10819,50	10819,50	C.71.	bezpłatny	0 zł
364	Pteryksafor	Plerixafor Accord, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05055565787977	2024-10-01	3 lata	1126.0, Pteryksafor	9452,00	10208,16	10820,65	10820,65	C.71.	bezpłatny	0 zł
365	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05909991185589	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	4814,41	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
366	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05909991185596	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	9628,82	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
367	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991185602	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	14443,23	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
368	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05909991185619	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	19257,64	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
369	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05055565795149	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4827,37	5213,56	5526,37	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
370	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05055565795156	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	9654,74	10427,12	11052,74	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
371	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05055565795163	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	14482,11	15640,68	16579,12	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
372	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05055565795170	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	19309,48	20854,24	22105,49	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
373	Pomalidomidum	Pomalidomide Glenmark, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05902020241768	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
374	Pomalidomidum	Pomalidomide Glenmark, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05902020241775	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
375	Pomalidomidum	Pomalidomide Grindeks, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05909991559755	2025-10-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
376	Pomalidomidum	Pomalidomide Grindeks, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05909991559762	2025-10-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8000,00	8640,00	9158,40	9158,40	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
377	Pomalidomidum	Pomalidomide Grindeks, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991559779	2025-10-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12000,00	12960,00	13737,60	13737,60	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
378	Pomalidomidum	Pomalidomide Grindeks, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05909991559786	2025-10-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16000,00	17280,00	18316,80	18316,80	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
379	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	03838989769604	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
380	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	03838989769611	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
381	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	03838989769628	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
382	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	03838989769635	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
383	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05903060628052	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
384	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05903060628090	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
385	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05903060628137	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
386	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05903060628175	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
387	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	08594739305540	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
388	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	08594739305533	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
389	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	08594739305557	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
390	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	08594739305564	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
391	Posaconazolium	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	600,00	648,00	686,88	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
392	Posaconazolium	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
393	Posaconazolium	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	675,43	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
394	Posaconazolium	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
395	Posaconazolium	Posaconazole Viatrix, zawiesina doustna, 40 mg/ml	1 but.po 105 ml	05901797710743	2023-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	597,50	645,30	684,02	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
396	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fioł. 6 ml	05908229300176	2024-07-01	2 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	16416,00	17729,28	18793,04	18793,04	C.98.	bezpłatny	0 zł
397	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fioł.po 10 ml	05909991205898	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	2 lata	1266.0, Ramucirumab	3024,00	3265,92	3461,88	3461,88	<2>C.106.	bezpłatny	0 zł
398	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1,5 mg/ml	3 fioł.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2025-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	635,00	685,80	726,95	726,95	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
399	Regorafenib	Stivarga, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05908229302026	2025-07-01	2 lata	1336.0, Regorafenib	9853,20	10641,46	11279,94	11279,94	C.105.a.; C.105.b.	bezpłatny	0 zł
400	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fioł.po 10 ml	07613421032975	<1><3><4><5>2026-01-01/<2><6>2025-01-01	<1><6>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
401	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1><3><4><7>2026-01-01/<2><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><8>3 lata/<2><3><4><5><6><7>2 lata	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,65	<8>C.51.	bezpłatny	0 zł
402	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><3><4><5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
403	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><3><4><7><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<8>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<8>C.51.	bezpłatny	0 zł
404	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909991364908	2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	882,00	952,56	1009,71	1009,71	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
405	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909991336349	<1><2><3><4><7><8>2025-01-01/<5><6>2025-10-01	<1><2><3><4><5><6><7>2 lata/<8>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<8>C.51.	bezpłatny	0 zł
406	Ropeginterferonum alfa-2b	Besremi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 250 µg/0,5 ml	1 wstrzyk.po 0,5 ml	09007653000976	2025-01-01	2 lata	1267.0, Ropeginterferon alfa-2b	5899,76	6371,74	6754,05	6754,05	C.85.	bezpłatny	0 zł
407	Sorafenibum	Sorafenib Accord, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05055565785706	<1>2026-01-01/<2>2025-10-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	<1>C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.; <2>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
408	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powł., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2025-04-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1960,00	2116,80	2243,81	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
409	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2024-10-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	2100,00	2268,00	2404,08	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
410	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991459239	<1>2026-01-01/<2><3>2025-01-01/<4>2025-04-01	<1>1 rok 3 miesiące/<2><3><4>2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.; <4>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
411	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 400 mg	56 szt.	05909991482954	2025-07-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1810,00	1954,80	2072,09	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
412	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991440145	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	2797,00	3020,76	3202,01	2066,36	<1>C.89.a.; C.89.b.; C.89.c./<2>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
413	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
414	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
415	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
416	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt.	05055565775707	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1500,00	1620,00	1717,20	735,94	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
417	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05055565775714	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	3000,00	3240,00	3434,40	1471,89	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
418	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05055565775721	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	6000,00	6480,00	6868,80	2943,77	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
419	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991522476	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	400,00	432,00	457,92	457,92	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
420	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991522483	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	800,00	864,00	915,84	915,84	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
421	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991522490	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
422	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991458515	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1250,00	1350,00	1431,00	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
423	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2500,00	2700,00	2862,00	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
424	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	4800,00	5184,00	5495,04	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
425	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991491635	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
426	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991491673	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
427	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991491789	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
428	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05907626709261	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
429	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05907626709278	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
430	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05907626709292	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
431	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991436612	2024-10-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	C.88.c.	bezpłatny	0 zł
432	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991436643	2024-10-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	C.88.c.	bezpłatny	0 zł
433	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991436650	2024-10-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2100,00	2268,00	2404,08	2060,64	C.88.c.	bezpłatny	0 zł
434	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991436681	2024-10-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	C.88.c.	bezpłatny	0 zł
435	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt.	05901812162762	2025-07-01	<1><3><4>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	735,94	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
436	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05901812162779	2025-07-01	<1><3><4>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1471,89	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
437	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05901812162786	2025-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2943,77	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
438	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2025-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	13,20	14,26	15,11	15,11	C.52.	bezpłatny	0 zł
439	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05055565719350	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
440	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05055565719367	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	300,00	324,00	343,44	343,44	C.64.	bezpłatny	0 zł
441	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05055565719374	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
442	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05055565719343	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
443	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05055565719381	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	550,00	594,00	629,64	629,64	C.64.	bezpłatny	0 zł
444	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05055565719336	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
445	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
446	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	285,00	307,80	326,27	326,27	C.64.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
447	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	360,00	388,80	412,13	412,13	C.64.	bezpłatny	0 zł
448	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
449	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	500,00	540,00	572,40	572,40	C.64.	bezpłatny	0 zł
450	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
451	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2023-11-01	3 lata	1150.0, Temsirolimus	2518,00	2719,44	2882,61	2882,61	C.100.	bezpłatny	0 zł
452	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2025-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	372,00	401,76	425,87	425,87	C.56.	bezpłatny	0 zł
453	Topotecanum	Hycantin, kaps. twarde, 1 mg	10 szt.	05909990643141	2025-10-01	2 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	1850,00	1998,00	2117,88	2117,88	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
454	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	65,00	70,20	74,41	74,41	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
455	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	260,00	280,80	297,65	297,64	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
456	Trabectedinum	Trabectedin Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05056842800815	2026-01-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1141,00	1232,28	1306,22	1306,22	C.93.	bezpłatny	0 zł
457	Trabectedinum	Trabectedin Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05056842800822	2026-01-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4500,00	4860,00	5151,60	5151,60	C.93.	bezpłatny	0 zł
458	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909991516369	2024-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1175,00	1269,00	1345,14	1345,14	C.93.	bezpłatny	0 zł
459	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909991516376	2024-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4700,00	5076,00	5380,56	5380,56	C.93.	bezpłatny	0 zł
460	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2025-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1175,00	1269,00	1345,14	1345,14	C.93.	bezpłatny	0 zł
461	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2025-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4500,00	4860,00	5151,60	5151,60	C.93.	bezpłatny	0 zł
462	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05996537004107	2024-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	671,00	724,68	768,16	768,16	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
463	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05996537005050	2024-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1878,80	2029,10	2150,85	2150,85	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
464	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	<1>2024-07-01/<2>2026-01-01	<1>2 lata/<2>6 miesięcy	1082.0, Trastuzumabum	839,70	906,88	961,29	961,29	<1>C.86.b.; <2>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
465	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	<1>2024-07-01/<2>2026-01-01	<1>2 lata/<2>6 miesięcy	1082.0, Trastuzumabum	2351,16	2539,25	2691,61	2691,61	<1>C.86.b.; <2>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
466	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	2024-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1157,00	1249,56	1324,53	961,29	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
467	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2024-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2515,46	2716,70	2879,70	2691,61	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
468	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	<1><2>2024-10-01/<3>2026-01-01	<1><2>2 lata/<3>9 miesięcy	1082.0, Trastuzumabum	780,00	842,40	892,94	892,94	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
469	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2026-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2531,70	2734,24	2898,29	2691,61	C.86a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
470	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	2026-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	830,00	896,40	950,18	950,18	C.86a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
471	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05055565775943	2026-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2324,00	2509,92	2660,52	2660,52	C.86a.; C.86.b.; C.86.c.	bezpłatny	0 zł
472	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2025-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	33,23	35,89	38,04	30,60	C.61.	bezpłatny	0 zł
473	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2025-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	133,64	144,33	152,99	152,99	C.61.	bezpłatny	0 zł
474	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	156,81	169,35	179,52	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
475	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	235,21	254,03	269,27	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
476	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2025-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	200,00	216,00	228,96	228,96	C.63.	bezpłatny	0 zł
477	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2025-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
478	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	30,00	32,40	34,34	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
479	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	150,00	162,00	171,72	114,50	C.63.	bezpłatny	0 zł
480	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	05909991314439	2025-10-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	20,00	21,60	22,90	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
481	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909991314446	2025-10-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	100,00	108,00	114,48	114,48	C.63.	bezpłatny	0 zł
482	Vinorelbinum	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	04037353020092	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	116,40	125,71	133,25	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
483	Vinorelbinum	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	04037353020085	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,60	188,57	199,89	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
484	Vinorelbinum	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 80 mg	1 szt.	04037353020078	2026-01-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	451,62	487,75	517,02	517,01	C.63.	bezpłatny	0 zł
485	Vinorelbinum	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909991402365	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	112,91	121,94	129,25	129,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
486	Vinorelbinum	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909991402389	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	169,36	182,91	193,88	193,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
487	Vinorelbinum	Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 80 mg	1 szt.	05909991402402	2025-10-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	451,63	487,76	517,03	517,01	C.63.	bezpłatny	0 zł
488	Voriconazolium	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2025-10-01	5 lat	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	125,73	135,79	143,93	125,93	C.015.	bezpłatny	0 zł
489	Voriconazolium	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	165,00	178,20	188,89	188,89	C.015.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

ACIDUM LEVOFOLINICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	ACIDUM LEVOFOLINICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.02.

CALCII FOLINAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	CALCII FOLINAS	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.03.

DARBEPOETIN ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	DARBEPOETIN ALFA	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DARBEPOETIN ALFA	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	DARBEPOETIN ALFA	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	DARBEPOETIN ALFA	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	DARBEPOETIN ALFA	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	DARBEPOETIN ALFA	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	DARBEPOETIN ALFA	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	DARBEPOETIN ALFA	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	DARBEPOETIN ALFA	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKRESŁONY <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.04.

EPOETINUM ALPHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	EPOETINUM ALPHA	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	EPOETINUM ALPHA	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	EPOETINUM ALPHA	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	EPOETINUM ALPHA	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	EPOETINUM ALPHA	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	EPOETINUM ALPHA	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	EPOETINUM ALPHA	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	EPOETINUM ALPHA	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	EPOEINUM ALPHA	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.06.

FILGRASTIMUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	FILGRASTIMUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

MESNUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	MESNUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

ONDANSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	ONDANSETRONUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	PEGFILGRASTIMUM	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIEŁODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

RASBURICASUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	RASBURICASUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

APREPITANTUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	APREPITANTUM	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $>70 \text{ MG/M}^2$ – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	POSACONAZOLUM	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	POSACONAZOLUM	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	POSACONAZOLUM	<p>OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		<p>CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII
		<p>NOWOTWORYLITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> — OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH LUB — WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII

Załącznik C.0.15.

VORICONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	VORICONAZOLUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.a.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE ≥ 50 MG/M ² – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.16.b.

NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.17.

DEXAMETHASONI PHOSPHAS

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	DEXAMETHASONI PHOSPHAS	PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

Załącznik C.2.

BICALUTAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BICALUTAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.3.

BLEOMYCIN SULPHATE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BLEOMYCIN SULPHATE	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	BLEOMYCIN SULPHATE	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	BLEOMYCIN SULPHATE	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	BLEOMYCIN SULPHATE	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	BLEOMYCIN SULPHATE	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	BLEOMYCIN SULPHATE	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.2	JĘZYCZEK
33	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	BLEOMYCIN SULPHATE	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	BLEOMYCIN SULPHATE	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	BLEOMYCIN SULPHATE	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	BLEOMYCIN SULPHATE	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	BLEOMYCIN SULPHATE	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	BLEOMYCIN SULPHATE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	BLEOMYCIN SULPHATE	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	BLEOMYCIN SULPHATE	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	BLEOMYCIN SULPHATE	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	BLEOMYCIN SULPHATE	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	BLEOMYCIN SULPHATE	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
88	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.0	SERCE
89	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
91	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
92	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.4	OPLUCNA
93	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, SRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
94	BLEOMYCIN SULPHATE	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
95	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
96	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
98	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
99	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
100	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
101	BLEOMYCIN SULPHATE	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
102	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
103	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.1	ŻUCHWA
104	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
105	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
106	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
107	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
108	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
109	BLEOMYCIN SULPHATE	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
110	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
111	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
112	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
114	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
115	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
116	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
117	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
118	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
119	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
120	BLEOMYCIN SULPHATE	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
121	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.0	SKÓRA WARGI
122	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
123	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
124	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
125	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
126	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
127	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
128	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
129	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
130	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
131	BLEOMYCIN SULPHATE	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
132	BLEOMYCIN SULPHATE	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
133	BLEOMYCIN SULPHATE	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
134	BLEOMYCIN SULPHATE	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
135	BLEOMYCIN SULPHATE	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
136	BLEOMYCIN SULPHATE	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
137	BLEOMYCIN SULPHATE	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
138	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
139	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
140	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.2	ŁECHTACZKA
141	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
142	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
143	BLEOMYCIN SULPHATE	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
144	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
145	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
146	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
147	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
148	BLEOMYCIN SULPHATE	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
149	BLEOMYCIN SULPHATE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
150	BLEOMYCIN SULPHATE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
151	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
152	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
153	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
154	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.3	PRZYMACICZA
155	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
157	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
158	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
159	BLEOMYCIN SULPHATE	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
160	BLEOMYCIN SULPHATE	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
161	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.0	NAPLETEK
162	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
163	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.2	TRZON PRĄCIA
164	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
165	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
166	BLEOMYCIN SULPHATE	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
167	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
168	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
169	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
170	BLEOMYCIN SULPHATE	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
171	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.0	NAJĄDRZE
172	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
173	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.2	MOSZNA
174	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
175	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
176	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
177	BLEOMYCIN SULPHATE	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
179	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
180	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
181	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
182	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
183	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.5	KOMORY MÓZGOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.6	MÓZDŻEK
185	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.7	PIEŃ MÓZGU
186	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
187	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
188	BLEOMYCIN SULPHATE	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
189	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
190	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
191	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.2	BRZUCH
192	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.3	MIEDNICA
193	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
194	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
195	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
196	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
197	BLEOMYCIN SULPHATE	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
198	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
199	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
200	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
201	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
202	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
203	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
204	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
205	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
207	BLEOMYCIN SULPHATE	C81	CHOROBA HODGKINA
208	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
209	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
210	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
211	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
212	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
213	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
214	BLEOMYCIN SULPHATE	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
215	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
216	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
217	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
218	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
219	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
220	BLEOMYCIN SULPHATE	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
221	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
222	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
223	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
224	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
225	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
226	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
227	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
228	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	BLEOMYCIN SULPHATE	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	BLEOMYCIN SULPHATE	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	BLEOMYCIN SULPHATE	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
234	BLEOMYCIN SULPHATE	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	BLEOMYCIN SULPHATE	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	BLEOMYCIN SULPHATE	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	BLEOMYCIN SULPHATE	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	BLEOMYCIN SULPHATE	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	BLEOMYCIN SULPHATE	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
240	BLEOMYCIN SULPHATE	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	BLEOMYCIN SULPHATE	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	BLEOMYCIN SULPHATE	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	BLEOMYCIN SULPHATE	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
245	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	BLEOMYCIN SULPHATE	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	BLEOMYCIN SULPHATE	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	BLEOMYCIN SULPHATE	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	BLEOMYCIN SULPHATE	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	BLEOMYCIN SULPHATE	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
261	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
262	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
263	BLEOMYCIN SULPHATE	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
264	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
265	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
266	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
267	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
268	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
269	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
270	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
271	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
272	BLEOMYCIN SULPHATE	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
273	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
274	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
275	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
276	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	BLEOMYCIN SULPHATE	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	BLEOMYCIN SULPHATE	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	BLEOMYCIN SULPHATE	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
293	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
294	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
295	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
296	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
297	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
298	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
299	BLEO MYCIN SULPHATE	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	BLEO MYCIN SULPHATE	D03	CZERNIAK IN SITU
301	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
303	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	BLEO MYCIN SULPHATE	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	BLEO MYCIN SULPHATE	D39.1	JAJNIK
312	BLEO MYCIN SULPHATE	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
317	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.4	OTRZEWNA
318	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.5	SKÓRA
319	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.6	SUTEK
320	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	BLEO MYCIN SULPHATE	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
322	BLEOMYCIN SULPHATE	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
328	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.4.

BUSULFANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BUSULFANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	BUSULFANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	BUSULFANUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	BUSULFANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	BUSULFANUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	BUSULFANUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	BUSULFANUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	BUSULFANUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	BUSULFANUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	BUSULFANUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	BUSULFANUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	BUSULFANUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	BUSULFANUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	BUSULFANUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	BUSULFANUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	BUSULFANUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
17	BUSULFANUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	BUSULFANUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	BUSULFANUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	BUSULFANUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	BUSULFANUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	BUSULFANUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CAPECITABINE	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	CAPECITABINE	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
3.	CAPECITABINE	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
4.	CAPECITABINE	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
5.	CAPECITABINE	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CAPECITABINE	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
2.	CAPECITABINE	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
3.	CAPECITABINE	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
4.	CAPECITABINE	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
5.	CAPECITABINE	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
6.	CAPECITABINE	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
7.	CAPECITABINE	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
8.	CAPECITABINE	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
9.	CAPECITABINE	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
10.	CAPECITABINE	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
11.	CAPECITABINE	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	CAPECITABINE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
13.	CAPECITABINE	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
14.	CAPECITABINE	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
15.	CAPECITABINE	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMYUSTNEJ I GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
16.	CAPECITABINE	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
17.	CAPECITABINE	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
17.	CAPECITABINE	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
18.	CAPECITABINE	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
19.	CAPECITABINE	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
20.	CAPECITABINE	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
21.	CAPECITABINE	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
22.	CAPECITABINE	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
23.	CAPECITABINE	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
24.	CAPECITABINE	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNÝCH

Załącznik C.6.

CARBOPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CARBOPLATIN	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	CARBOPLATIN	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	CARBOPLATIN	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	CARBOPLATIN	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	CARBOPLATIN	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	CARBOPLATIN	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	CARBOPLATIN	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	CARBOPLATIN	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	CARBOPLATIN	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	CARBOPLATIN	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	CARBOPLATIN	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	CARBOPLATIN	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	CARBOPLATIN	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
14.	CARBOPLATIN	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	CARBOPLATIN	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	CARBOPLATIN	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	CARBOPLATIN	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	CARBOPLATIN	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
19.	CARBOPLATIN	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
20.	CARBOPLATIN	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	CARBOPLATIN	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
22.	CARBOPLATIN	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
23.	CARBOPLATIN	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
24.	CARBOPLATIN	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
25.	CARBOPLATIN	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
26.	CARBOPLATIN	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
27.	CARBOPLATIN	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
28.	CARBOPLATIN	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
29.	CARBOPLATIN	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
30.	CARBOPLATIN	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
31.	CARBOPLATIN	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
32.	CARBOPLATIN	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
33.	CARBOPLATIN	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
34.	CARBOPLATIN	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35.	CARBOPLATIN	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
36.	CARBOPLATIN	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
37.	CARBOPLATIN	C45	MIĘDZYBŁONIAK
38.	CARBOPLATIN	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
39.	CARBOPLATIN	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
40.	CARBOPLATIN	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
41.	CARBOPLATIN	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
42.	CARBOPLATIN	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	CARBOPLATIN	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
44.	CARBOPLATIN	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
45.	CARBOPLATIN	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
46.	CARBOPLATIN	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
47.	CARBOPLATIN	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
48.	CARBOPLATIN	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
49.	CARBOPLATIN	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
50.	CARBOPLATIN	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
51.	CARBOPLATIN	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
52.	CARBOPLATIN	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
53.	CARBOPLATIN	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
54.	CARBOPLATIN	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
55.	CARBOPLATIN	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
56.	CARBOPLATIN	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
57.	CARBOPLATIN	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
58.	CARBOPLATIN	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
59.	CARBOPLATIN	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
60.	CARBOPLATIN	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
61.	CARBOPLATIN	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
62.	CARBOPLATIN	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
63.	CARBOPLATIN	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
64.	CARBOPLATIN	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNÝCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65.	CARBOPLATIN	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
66.	CARBOPLATIN	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
67.	CARBOPLATIN	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
68.	CARBOPLATIN	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
69.	CARBOPLATIN	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
70.	CARBOPLATIN	C81	CHOROBA HODGKINA
71.	CARBOPLATIN	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
72.	CARBOPLATIN	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
73.	CARBOPLATIN	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74.	CARBOPLATIN	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
75.	CARBOPLATIN	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
76.	CARBOPLATIN	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
77.	CARBOPLATIN	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
78.	CARBOPLATIN	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
79.	CARBOPLATIN	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
80.	CARBOPLATIN	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
81.	CARBOPLATIN	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	CARBOPLATIN	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83.	CARBOPLATIN	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
84.	CARBOPLATIN	D00.2	ŻOŁĄDEK
85.	CARBOPLATIN	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
86.	CARBOPLATIN	D03	CZERNIAK IN SITU
87.	CARBOPLATIN	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88.	CARBOPLATIN	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
89.	CARBOPLATIN	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
90.	CARBOPLATIN	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
91.	CARBOPLATIN	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
92.	CARBOPLATIN	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNIICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
93.	CARBOPLATIN	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
94.	CARBOPLATIN	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
95.	CARBOPLATIN	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
96.	CARBOPLATIN	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
97.	CARBOPLATIN	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
98.	CARBOPLATIN	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
99.	CARBOPLATIN	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
100.	CARBOPLATIN	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
101.	CARBOPLATIN	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102.	CARBOPLATIN	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
103.	CARBOPLATIN	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
104.	CARBOPLATIN	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
105.	CARBOPLATIN	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
106.	CARBOPLATIN	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
107.	CARBOPLATIN	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
108.	CARBOPLATIN	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
109.	CARBOPLATIN	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
110.	CARBOPLATIN	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
111.	CARBOPLATIN	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
112.	CARBOPLATIN	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
113.	CARBOPLATIN	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
114.	CARBOPLATIN	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
115.	CARBOPLATIN	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
116.	CARBOPLATIN	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
117.	CARBOPLATIN	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
118.	CARBOPLATIN	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
119.	CARBOPLATIN	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
120.	CARBOPLATIN	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
121.	CARBOPLATIN	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
122.	CARBOPLATIN	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
123.	CARBOPLATIN	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/

Załącznik C.8.

CHLORAMBUCILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CHLORAMBUCILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	CHLORAMBUCILUM	C81	CHOROBA HODGKINA
3	CHLORAMBUCILUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	CHLORAMBUCILUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	CHLORAMBUCILUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	CHLORAMBUCILUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	CHLORAMBUCILUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	CHLORAMBUCILUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	CHLORAMBUCILUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	CHLORAMBUCILUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	CHLORAMBUCILUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	CHLORAMBUCILUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	CHLORAMBUCILUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	CHLORAMBUCILUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	CHLORAMBUCILUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	CHLORAMBUCILUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
17	CHLORAMBUCILUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
18	CHLORAMBUCILUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	CHLORAMBUCILUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	CHLORAMBUCILUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	CHLORAMBUCILUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	CHLORAMBUCILUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	CHLORAMBUCILUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
24	CHLORAMBUCILUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
25	CHLORAMBUCILUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26	CHLORAMBUCILUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
27	CHLORAMBUCILUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
28	CHLORAMBUCILUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
29	CHLORAMBUCILUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
30	CHLORAMBUCILUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
31	CHLORAMBUCILUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
32	CHLORAMBUCILUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
33	CHLORAMBUCILUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	CHLORAMBUCILUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
35	CHLORAMBUCILUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	CHLORAMBUCILUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	CHLORAMBUCILUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	CHLORAMBUCILUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	CHLORAMBUCILUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	CHLORAMBUCILUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	CHLORAMBUCILUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	CHLORAMBUCILUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CHLORAMBUCILUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	CHLORAMBUCILUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	CHLORAMBUCILUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	CHLORAMBUCILUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	CHLORAMBUCILUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

CICLOSPORINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CICLOSPORINUM	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	CICLOSPORINUM	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	CICLOSPORINUM	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	CICLOSPORINUM	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOWANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	CICLOSPORINUM	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	CICLOSPORINUM	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	CICLOSPORINUM	D61.9	NIEOKREŚLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	CICLOSPORINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	CICLOSPORINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	CICLOSPORINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	CICLOSPORINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	CICLOSPORINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

CISPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CISPLATINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CISPLATINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CISPLATINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CISPLATINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CISPLATINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CISPLATINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CISPLATINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CISPLATINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CISPLATINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CISPLATINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CISPLATINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CISPLATINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CISPLATINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CISPLATINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CISPLATINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CISPLATINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CISPLATINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CISPLATINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CISPLATINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	CISPLATINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CISPLATINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CISPLATINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CISPLATINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CISPLATINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CISPLATINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CISPLATINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CISPLATINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CISPLATINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CISPLATINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CISPLATINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CISPLATINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CISPLATINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CISPLATINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CISPLATINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CISPLATINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CISPLATINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CISPLATINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CISPLATINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CISPLATINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CISPLATINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CISPLATINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CISPLATINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	CISPLATINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CISPLATINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	CISPLATINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CISPLATINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CISPLATINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CISPLATINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CISPLATINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CISPLATINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CISPLATINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CISPLATINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CISPLATINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CISPLATINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CISPLATINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CISPLATINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CISPLATINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CISPLATINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CISPLATINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CISPLATINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CISPLATINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CISPLATINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CISPLATINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CISPLATINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CISPLATINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CISPLATINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	CISPLATINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CISPLATINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CISPLATINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	CISPLATINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CISPLATINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	CISPLATINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	CISPLATINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CISPLATINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CISPLATINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CISPLATINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CISPLATINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CISPLATINUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZELĘYKU
79	CISPLATINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
80	CISPLATINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
81	CISPLATINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
82	CISPLATINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
83	CISPLATINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
84	CISPLATINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
85	CISPLATINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELĘYKU
86	CISPLATINUM	C15.9	PRZELĘK, NIEOKREŚLONY
87	CISPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	CISPLATINUM	C16.0	WPUST
89	CISPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90	CISPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	CISPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	CISPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	CISPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIejsza ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
94	CISPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	CISPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	CISPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	CISPLATINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	CISPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	CISPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	CISPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	CISPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	CISPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	CISPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	CISPLATINUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	CISPLATINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	CISPLATINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	CISPLATINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	CISPLATINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	CISPLATINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	CISPLATINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	CISPLATINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	CISPLATINUM	C18.7	ESICA
113	CISPLATINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114	CISPLATINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	CISPLATINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	CISPLATINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	CISPLATINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	CISPLATINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
119	CISPLATINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	CISPLATINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	CISPLATINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
122	CISPLATINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	CISPLATINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	CISPLATINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	CISPLATINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	CISPLATINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	CISPLATINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	CISPLATINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	CISPLATINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	CISPLATINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	CISPLATINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	CISPLATINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	CISPLATINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	CISPLATINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	CISPLATINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	CISPLATINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	CISPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	CISPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	CISPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	CISPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	CISPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	CISPLATINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
143	CISPLATINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	CISPLATINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	CISPLATINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	CISPLATINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	CISPLATINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	CISPLATINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	CISPLATINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	CISPLATINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	CISPLATINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	CISPLATINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	CISPLATINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	CISPLATINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	CISPLATINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	CISPLATINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	CISPLATINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	CISPLATINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	CISPLATINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	CISPLATINUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
161	CISPLATINUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	CISPLATINUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	CISPLATINUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	CISPLATINUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	CISPLATINUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	CISPLATINUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	CISPLATINUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
168	CISPLATINUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
169	CISPLATINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
170	CISPLATINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
171	CISPLATINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
172	CISPLATINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
173	CISPLATINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
174	CISPLATINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
175	CISPLATINUM	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	CISPLATINUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
177	CISPLATINUM	C38.0	SERCE
178	CISPLATINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
179	CISPLATINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
180	CISPLATINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
181	CISPLATINUM	C38.4	OPLUCNA
182	CISPLATINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
183	CISPLATINUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
184	CISPLATINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
185	CISPLATINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	CISPLATINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	CISPLATINUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
188	CISPLATINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
189	CISPLATINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
190	CISPLATINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
191	CISPLATINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
192	CISPLATINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
193	CISPLATINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
194	CISPLATINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
195	CISPLATINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
196	CISPLATINUM	C41.1	ŻUCHWA
197	CISPLATINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
198	CISPLATINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
199	CISPLATINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
200	CISPLATINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
201	CISPLATINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
202	CISPLATINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
203	CISPLATINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
204	CISPLATINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
205	CISPLATINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
206	CISPLATINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
207	CISPLATINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
208	CISPLATINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
209	CISPLATINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
210	CISPLATINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
211	CISPLATINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
212	CISPLATINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
213	CISPLATINUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
214	CISPLATINUM	C44.0	SKÓRA WARGI
215	CISPLATINUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
216	CISPLATINUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
217	CISPLATINUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
218	CISPLATINUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
219	CISPLATINUM	C44.5	SKÓRA TĘŁOWIA
220	CISPLATINUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
221	CISPLATINUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
222	CISPLATINUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	CISPLATINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	CISPLATINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	CISPLATINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
226	CISPLATINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	CISPLATINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	CISPLATINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	CISPLATINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	CISPLATINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	CISPLATINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	CISPLATINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	CISPLATINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	CISPLATINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
235	CISPLATINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
236	CISPLATINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
237	CISPLATINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TĘŁOWIA, NIEOKREŚLONE
238	CISPLATINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
239	CISPLATINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
240	CISPLATINUM	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
241	CISPLATINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
242	CISPLATINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
243	CISPLATINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
244	CISPLATINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
245	CISPLATINUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	CISPLATINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	CISPLATINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	CISPLATINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	CISPLATINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	CISPLATINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	CISPLATINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	CISPLATINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	CISPLATINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	CISPLATINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	CISPLATINUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
256	CISPLATINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
257	CISPLATINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
258	CISPLATINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
259	CISPLATINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
260	CISPLATINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
261	CISPLATINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
262	CISPLATINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
263	CISPLATINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	CISPLATINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	CISPLATINUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	CISPLATINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	CISPLATINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	CISPLATINUM	C51.2	ŁECHT ACZKA
269	CISPLATINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	CISPLATINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	CISPLATINUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	CISPLATINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
273	CISPLATINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
274	CISPLATINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
275	CISPLATINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
276	CISPLATINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
277	CISPLATINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	CISPLATINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	CISPLATINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	CISPLATINUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
281	CISPLATINUM	C54.3	DNO MACICY
282	CISPLATINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
283	CISPLATINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
284	CISPLATINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	CISPLATINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	CISPLATINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	CISPLATINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	CISPLATINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	CISPLATINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁĘ MACICY
290	CISPLATINUM	C57.3	PRZYMACICZA
291	CISPLATINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
292	CISPLATINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
293	CISPLATINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294	CISPLATINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295	CISPLATINUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	CISPLATINUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
297	CISPLATINUM	C60.0	NAPLETEK
298	CISPLATINUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
299	CISPLATINUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
300	CISPLATINUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
301	CISPLATINUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
302	CISPLATINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	CISPLATINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	CISPLATINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	CISPLATINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	CISPLATINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	CISPLATINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
308	CISPLATINUM	C63.0	NAJĄDRZE
309	CISPLATINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
310	CISPLATINUM	C63.2	MOSZNA
311	CISPLATINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
312	CISPLATINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
313	CISPLATINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
314	CISPLATINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	CISPLATINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	CISPLATINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	CISPLATINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
318	CISPLATINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
319	CISPLATINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
320	CISPLATINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
321	CISPLATINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
322	CISPLATINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
323	CISPLATINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
324	CISPLATINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	CISPLATINUM	C67.7	MOCZOWNIK
326	CISPLATINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
327	CISPLATINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	CISPLATINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	CISPLATINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	CISPLATINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	CISPLATINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	CISPLATINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	CISPLATINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	CISPLATINUM	C69.0	SPOJÓWKA
335	CISPLATINUM	C69.1	ROGÓWKA
336	CISPLATINUM	C69.2	SIATKÓWKA
337	CISPLATINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	CISPLATINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	CISPLATINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	CISPLATINUM	C69.6	OCZODÓŁ
341	CISPLATINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	CISPLATINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	CISPLATINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	CISPLATINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	CISPLATINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	CISPLATINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	CISPLATINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	CISPLATINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	CISPLATINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	CISPLATINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	CISPLATINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	CISPLATINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	CISPLATINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	CISPLATINUM	C71.6	MÓZDŻEK
355	CISPLATINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
356	CISPLATINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
357	CISPLATINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
358	CISPLATINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
359	CISPLATINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
360	CISPLATINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
361	CISPLATINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
362	CISPLATINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
363	CISPLATINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
364	CISPLATINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
365	CISPLATINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
366	CISPLATINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
367	CISPLATINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
368	CISPLATINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
369	CISPLATINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
370	CISPLATINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
371	CISPLATINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
372	CISPLATINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
373	CISPLATINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
374	CISPLATINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
375	CISPLATINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
376	CISPLATINUM	C75.3	SZYSZYNKA
377	CISPLATINUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
378	CISPLATINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYWOJOWE
379	CISPLATINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	CISPLATINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	CISPLATINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
382	CISPLATINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	CISPLATINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
384	CISPLATINUM	C76.2	BRZUCH
385	CISPLATINUM	C76.3	MIEDNICA
386	CISPLATINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
387	CISPLATINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
388	CISPLATINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	CISPLATINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	CISPLATINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	CISPLATINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	CISPLATINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	CISPLATINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	CISPLATINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	CISPLATINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	CISPLATINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	CISPLATINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	CISPLATINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	CISPLATINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
400	CISPLATINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	CISPLATINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	CISPLATINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	CISPLATINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	CISPLATINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	CISPLATINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	CISPLATINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	CISPLATINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	CISPLATINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	CISPLATINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	CISPLATINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
411	CISPLATINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	CISPLATINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	CISPLATINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	CISPLATINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	CISPLATINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	CISPLATINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	CISPLATINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	CISPLATINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	CISPLATINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	CISPLATINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
421	CISPLATINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	CISPLATINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	CISPLATINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	CISPLATINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	CISPLATINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	CISPLATINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	CISPLATINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	CISPLATINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	CISPLATINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	CISPLATINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	CISPLATINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	CISPLATINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	CISPLATINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	CISPLATINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	CISPLATINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	CISPLATINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	CISPLATINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	CISPLATINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	CISPLATINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	CISPLATINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	CISPLATINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
442	CISPLATINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
443	CISPLATINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
444	CISPLATINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
445	CISPLATINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
446	CISPLATINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
447	CISPLATINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
448	CISPLATINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
449	CISPLATINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
450	CISPLATINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
451	CISPLATINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
452	CISPLATINUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
453	CISPLATINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	CISPLATINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	CISPLATINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	CISPLATINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	CISPLATINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA
458	CISPLATINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
459	CISPLATINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
460	CISPLATINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
461	CISPLATINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
462	CISPLATINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
463	CISPLATINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
464	CISPLATINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
465	CISPLATINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
466	CISPLATINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
467	CISPLATINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
468	CISPLATINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
469	CISPLATINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
470	CISPLATINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
471	CISPLATINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
472	CISPLATINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
473	CISPLATINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
474	CISPLATINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
475	CISPLATINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
476	CISPLATINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
477	CISPLATINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
478	CISPLATINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
479	CISPLATINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
480	CISPLATINUM	C92.3	MIEŚSAK SZPIKOWY
481	CISPLATINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	CISPLATINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	CISPLATINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	CISPLATINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	CISPLATINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	CISPLATINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	CISPLATINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	CISPLATINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	CISPLATINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	CISPLATINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	CISPLATINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	CISPLATINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	CISPLATINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	CISPLATINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	CISPLATINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	CISPLATINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	CISPLATINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	CISPLATINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	CISPLATINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	CISPLATINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	CISPLATINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	CISPLATINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	CISPLATINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	CISPLATINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	CISPLATINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	CISPLATINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	CISPLATINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	CISPLATINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	CISPLATINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	CISPLATINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	CISPLATINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	CISPLATINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	CISPLATINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	CISPLATINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	CISPLATINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
516	CISPLATINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	CISPLATINUM	D01.2	ODBYTNICA
518	CISPLATINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	CISPLATINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	CISPLATINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
521	CISPLATINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
522	CISPLATINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
523	CISPLATINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
524	CISPLATINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
525	CISPLATINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
526	CISPLATINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
527	CISPLATINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
528	CISPLATINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
529	CISPLATINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
530	CISPLATINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
531	CISPLATINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	CISPLATINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
533	CISPLATINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
534	CISPLATINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
535	CISPLATINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	CISPLATINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
537	CISPLATINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
538	CISPLATINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
539	CISPLATINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
540	CISPLATINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
541	CISPLATINUM	D07.1	SROM
542	CISPLATINUM	D07.2	POCHWA
543	CISPLATINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
544	CISPLATINUM	D07.4	PRĄCIE
545	CISPLATINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
546	CISPLATINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
547	CISPLATINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
548	CISPLATINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
549	CISPLATINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
550	CISPLATINUM	D09.2	OKO
551	CISPLATINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
552	CISPLATINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
553	CISPLATINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
554	CISPLATINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
555	CISPLATINUM	D10.0	WARGA
556	CISPLATINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CISPLATINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
558	CISPLATINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
559	CISPLATINUM	D10.4	MIGDAŁEK
560	CISPLATINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
561	CISPLATINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
562	CISPLATINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
563	CISPLATINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
564	CISPLATINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
565	CISPLATINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
566	CISPLATINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
567	CISPLATINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
568	CISPLATINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
569	CISPLATINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
570	CISPLATINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
571	CISPLATINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
572	CISPLATINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
573	CISPLATINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
574	CISPLATINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
575	CISPLATINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
576	CISPLATINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
577	CISPLATINUM	D12.8	ODBYTNICA
578	CISPLATINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
579	CISPLATINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
580	CISPLATINUM	D13.0	PRZELYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	CISPLATINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	CISPLATINUM	D13.2	DWUNASTNICA
583	CISPLATINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	CISPLATINUM	D13.4	WĄTROBA
585	CISPLATINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	CISPLATINUM	D13.6	TRZUSTKA
587	CISPLATINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	CISPLATINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
589	CISPLATINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
590	CISPLATINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
591	CISPLATINUM	D14.1	KRTAŃ
592	CISPLATINUM	D14.2	TCHAWICA
593	CISPLATINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
594	CISPLATINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
595	CISPLATINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
596	CISPLATINUM	D15.0	GRASICA
597	CISPLATINUM	D15.1	SERCE
598	CISPLATINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
599	CISPLATINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
600	CISPLATINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
601	CISPLATINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
602	CISPLATINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	CISPLATINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	CISPLATINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	CISPLATINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	CISPLATINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	CISPLATINUM	D16.5	ŻUCHWA
608	CISPLATINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	CISPLATINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	CISPLATINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	CISPLATINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	CISPLATINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	CISPLATINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	CISPLATINUM	D20.1	OTRZEWNA
615	CISPLATINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	CISPLATINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	CISPLATINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	CISPLATINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	CISPLATINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	CISPLATINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	CISPLATINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	CISPLATINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	CISPLATINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	CISPLATINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	CISPLATINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	CISPLATINUM	D28.0	SROM
627	CISPLATINUM	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	CISPLATINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	CISPLATINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	CISPLATINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	CISPLATINUM	D29	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	CISPLATINUM	D29.0	PRAĆCIE
633	CISPLATINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
634	CISPLATINUM	D29.2	JĄDRO
635	CISPLATINUM	D29.3	NAJĄDRZE
636	CISPLATINUM	D29.4	MOSZNA
637	CISPLATINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
638	CISPLATINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
639	CISPLATINUM	D30	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	CISPLATINUM	D30.0	NERKA
641	CISPLATINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	CISPLATINUM	D30.2	MOCZOWÓD
643	CISPLATINUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
644	CISPLATINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	CISPLATINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	CISPLATINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	CISPLATINUM	D31	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR OKA
648	CISPLATINUM	D31.0	SPOJÓWKA
649	CISPLATINUM	D31.1	ROGÓWKA
650	CISPLATINUM	D31.2	SIATKÓWKA
651	CISPLATINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	CISPLATINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	CISPLATINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	CISPLATINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	CISPLATINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	CISPLATINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	CISPLATINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	CISPLATINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	CISPLATINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	CISPLATINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	CISPLATINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIAOTOWE
662	CISPLATINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIAOTOWE
663	CISPLATINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
664	CISPLATINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
665	CISPLATINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
666	CISPLATINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
667	CISPLATINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
668	CISPLATINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
669	CISPLATINUM	D35.0	NADNERCZA
670	CISPLATINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
671	CISPLATINUM	D35.2	PRZYSADKA
672	CISPLATINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
673	CISPLATINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
674	CISPLATINUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
675	CISPLATINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
676	CISPLATINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	CISPLATINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
678	CISPLATINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
679	CISPLATINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
680	CISPLATINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
681	CISPLATINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
682	CISPLATINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
683	CISPLATINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
684	CISPLATINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
685	CISPLATINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
686	CISPLATINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
687	CISPLATINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
688	CISPLATINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
689	CISPLATINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
690	CISPLATINUM	D37.5	ODBYTNICA
691	CISPLATINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
692	CISPLATINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
693	CISPLATINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
694	CISPLATINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
695	CISPLATINUM	D38.0	KRTAŃ
696	CISPLATINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
697	CISPLATINUM	D38.2	OPŁUCNA
698	CISPLATINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
699	CISPLATINUM	D38.4	GRASICA
700	CISPLATINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	CISPLATINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	CISPLATINUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
703	CISPLATINUM	D39.0	MACICA
704	CISPLATINUM	D39.1	JAJNIK
705	CISPLATINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
706	CISPLATINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
707	CISPLATINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
708	CISPLATINUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
709	CISPLATINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
710	CISPLATINUM	D40.1	JĄDRO
711	CISPLATINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
712	CISPLATINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
713	CISPLATINUM	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
714	CISPLATINUM	D41.0	NERKA
715	CISPLATINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
716	CISPLATINUM	D41.2	MOCZOWÓD
717	CISPLATINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
718	CISPLATINUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
719	CISPLATINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	CISPLATINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	CISPLATINUM	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
722	CISPLATINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
723	CISPLATINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
724	CISPLATINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
725	CISPLATINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
726	CISPLATINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
727	CISPLATINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
728	CISPLATINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
729	CISPLATINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
730	CISPLATINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
731	CISPLATINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
732	CISPLATINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
733	CISPLATINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
734	CISPLATINUM	D44.0	TARCZYCA
735	CISPLATINUM	D44.1	NADNERCZA
736	CISPLATINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
737	CISPLATINUM	D44.3	PRZYSADKA
738	CISPLATINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
739	CISPLATINUM	D44.5	SZYSZYNKA
740	CISPLATINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
741	CISPLATINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
742	CISPLATINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
743	CISPLATINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
744	CISPLATINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
745	CISPLATINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	CISPLATINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	CISPLATINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
748	CISPLATINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
749	CISPLATINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
750	CISPLATINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
751	CISPLATINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNA
752	CISPLATINUM	D48.4	OTRZEWNA
753	CISPLATINUM	D48.5	SKÓRA
754	CISPLATINUM	D48.6	SUTEK
755	CISPLATINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
756	CISPLATINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
757	CISPLATINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
758	CISPLATINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
759	CISPLATINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
760	CISPLATINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
761	CISPLATINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
762	CISPLATINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
763	CISPLATINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
764	CISPLATINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
765	CISPLATINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
766	CISPLATINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.12.

CLADRIBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CLADRIBINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
3	CLADRIBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
4	CLADRIBINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
5	CLADRIBINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
6	CLADRIBINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
7	CLADRIBINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
8	CLADRIBINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
9	CLADRIBINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
10	CLADRIBINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
11	CLADRIBINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
12	CLADRIBINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
13	CLADRIBINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
14	CLADRIBINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
15	CLADRIBINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	CLADRIBINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
17	CLADRIBINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18	CLADRIBINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
19	CLADRIBINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
20	CLADRIBINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
21	CLADRIBINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
22	CLADRIBINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23	CLADRIBINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	CLADRIBINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
25	CLADRIBINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
26	CLADRIBINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
27	CLADRIBINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
28	CLADRIBINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
29	CLADRIBINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
30	CLADRIBINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
31	CLADRIBINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
32	CLADRIBINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
33	CLADRIBINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
34	CLADRIBINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
35	CLADRIBINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36	CLADRIBINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
37	CLADRIBINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
38	CLADRIBINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
39	CLADRIBINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
40	CLADRIBINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
41	CLADRIBINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	CLADRIBINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
43	CLADRIBINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
44	CLADRIBINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
45	CLADRIBINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
46	CLADRIBINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
47	CLADRIBINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
48	CLADRIBINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
49	CLADRIBINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
50	CLADRIBINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
51	CLADRIBINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
52	CLADRIBINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
53	CLADRIBINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	CLADRIBINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	CLADRIBINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
56	CLADRIBINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
57	CLADRIBINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
58	CLADRIBINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	CLADRIBINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
60	CLADRIBINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
61	CLADRIBINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
62	CLADRIBINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	CLADRIBINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	CLADRIBINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	CLADRIBINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	CLADRIBINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
67	CLADRIBINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
68	CLADRIBINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
69	CLADRIBINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
70	CLADRIBINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
71	CLADRIBINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
72	CLADRIBINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
73	CLADRIBINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
74	CLADRIBINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
75	CLADRIBINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
76	CLADRIBINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	CLADRIBINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	CLADRIBINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	CLADRIBINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
80	CLADRIBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81	CLADRIBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
82	CLADRIBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
83	CLADRIBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
84	CLADRIBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
85	CLADRIBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
86	CLADRIBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
87	CLADRIBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	CLADRIBINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
89	CLADRIBINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIEINDZIEJ

Załącznik C.13.

CYKLOPHOSPHAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.0	WPUST
80	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.7	ESICA
104	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.0	SERCE
162	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.4	OPLUCNA
166	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBREMBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZINY GÓRNEJ
173	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZINY GÓRNEJ
174	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZINY DOLNEJ
175	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZINY DOLNEJ
176	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
181	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
198	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.0	SKÓRA WARGI
199	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
200	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
201	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
202	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
203	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
204	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
205	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
206	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.9	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
210	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
211	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
212	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
213	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
214	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
215	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TŁOWIA, NIEOKREŚLONE
216	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
217	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
218	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
219	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
220	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
221	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
222	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
224	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
225	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
226	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
227	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
228	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
230	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
231	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
232	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
233	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
234	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
235	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
236	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
237	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
238	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
239	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
240	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
241	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
242	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
243	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
244	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
245	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
246	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
247	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
248	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
249	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
250	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
251	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
252	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
254	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
255	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
259	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
260	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
267	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
268	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.3	PRZYMAGICZA
269	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
270	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
271	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
272	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
273	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
275	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.0	NAPLETEK
276	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
278	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
279	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
280	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
281	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
282	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
283	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
284	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
285	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
286	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
287	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
288	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.2	MOSZNA
289	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
290	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
291	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
292	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
293	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
294	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
295	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
296	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
300	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
302	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
304	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
305	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
306	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
307	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
308	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
309	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
310	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
311	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
312	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
313	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
314	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
315	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
316	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
317	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
318	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
319	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
320	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
321	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
322	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
323	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
324	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
326	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
333	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
337	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
338	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
339	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
340	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
341	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
342	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
343	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
344	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
345	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
347	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
349	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
350	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
351	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
352	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
353	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
354	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
355	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
356	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
357	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
360	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
361	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
362	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.2	BRZUCH
363	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
364	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
365	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
366	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
368	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
369	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
370	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
372	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
373	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
374	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
375	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
376	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
377	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
378	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
384	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
399	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
418	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
420	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
421	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
422	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
423	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
424	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
425	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
426	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
427	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
428	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
429	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
430	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
431	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
432	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
433	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
434	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
435	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
436	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
437	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
438	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
439	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
441	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
442	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
443	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNAKOMÓRKOWA
444	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
445	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
446	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
447	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
448	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
449	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
450	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
451	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
452	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
453	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
454	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
456	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
457	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
458	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.3	MIEŚAK SZPIKOWY
459	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
493	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
495	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
498	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
501	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
503	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
504	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
505	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
506	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
507	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
508	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
509	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
511	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
512	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
513	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
514	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
515	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
516	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
517	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
518	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.1	SROM
519	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.2	POCHWA
520	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
521	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.4	PRĄCIE
522	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
523	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
524	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
525	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
526	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
527	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.2	OKO
528	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
529	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
530	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
531	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
532	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.0	WARGA
533	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
535	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
536	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
537	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
538	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
539	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
540	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
541	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
542	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
543	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
544	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
545	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
546	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
547	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
548	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
549	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
550	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
551	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
552	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
553	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
554	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
555	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
556	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.0	PRZEŁYK
558	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
559	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
560	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
561	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
562	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
563	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
564	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
565	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
566	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
567	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
568	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
569	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
570	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
571	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
572	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
573	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.0	GRASICA
574	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.1	SERCE
575	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
576	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
577	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
578	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
579	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
585	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.0	NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.1	NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
592	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
593	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
594	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
595	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
596	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
597	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
598	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
599	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
600	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
601	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
602	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
603	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
604	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
605	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
606	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
607	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
608	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
609	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
610	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
611	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.0	SROM
612	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.1	POCHWA
613	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
614	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
617	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.0	PRĄCIE
618	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
619	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.2	JĄDRO
620	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
621	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.4	MOSZNA
622	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
623	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
624	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.0	NERKA
626	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
627	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
628	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
629	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
630	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
631	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
632	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
633	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
634	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.1	ROGÓWKA
635	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
636	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
637	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
638	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
639	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
640	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
641	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
642	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
643	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
644	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
645	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
646	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIAOTOWE
647	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIAOTOWE
648	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
649	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
650	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
651	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
652	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
653	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
654	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.0	NADNERCZA
656	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
657	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
658	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
659	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.4	SZYSZYŃKA
660	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
661	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
662	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
674	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
676	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
677	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
678	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
679	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
680	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
681	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
682	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
683	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.2	OPŁUCNA
684	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
685	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.4	GRASICA
686	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
687	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
688	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
689	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.0	MACICA
690	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.1	JAJNIK
691	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
692	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
693	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
694	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
696	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.1	JĄDRO
697	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
698	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
699	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
700	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.0	NERKA
701	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
702	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
703	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
704	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
705	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
706	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
707	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
708	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
709	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
710	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
711	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
712	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
713	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
714	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
715	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
716	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
717	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
718	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEMNERWOWY, NIEOKREŚLONE
719	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
720	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
721	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
722	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
723	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
724	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
725	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.5	SZYSZYNKA
726	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
727	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
728	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
729	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
730	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
731	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
732	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
733	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
734	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
735	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
736	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
737	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
740	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
741	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
742	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
743	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
744	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
745	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
746	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
747	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.5	SKÓRA
748	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.6	SUTEK
749	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
750	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
751	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
752	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
753	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
754	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
755	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
759	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIAWATYCH
760	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
761	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.14.

CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYTARABINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
2	CYTARABINUM	C69.0	SPOJÓWKA
3	CYTARABINUM	C69.1	ROGÓWKA
4	CYTARABINUM	C69.2	SIATKÓWKA
5	CYTARABINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
6	CYTARABINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
7	CYTARABINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
8	CYTARABINUM	C69.6	OCZODÓŁ
9	CYTARABINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
10	CYTARABINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
11	CYTARABINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
12	CYTARABINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	CYTARABINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	CYTARABINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	CYTARABINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	CYTARABINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	CYTARABINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	CYTARABINUM	C71.6	MÓZDŻEK
19	CYTARABINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
20	CYTARABINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CYTARABINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
22	CYTARABINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
23	CYTARABINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
24	CYTARABINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
25	CYTARABINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
26	CYTARABINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
27	CYTARABINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
28	CYTARABINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
29	CYTARABINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
30	CYTARABINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
31	CYTARABINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
32	CYTARABINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
33	CYTARABINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
34	CYTARABINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
35	CYTARABINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
36	CYTARABINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
37	CYTARABINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
38	CYTARABINUM	C76.2	BRZUCH
39	CYTARABINUM	C76.3	MIEDNICA
40	CYTARABINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
41	CYTARABINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
42	CYTARABINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CYTARABINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	CYTARABINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
45	CYTARABINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
46	CYTARABINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
47	CYTARABINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
48	CYTARABINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
49	CYTARABINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
50	CYTARABINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
51	CYTARABINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
52	CYTARABINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
53	CYTARABINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
54	CYTARABINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
55	CYTARABINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
56	CYTARABINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
57	CYTARABINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
58	CYTARABINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
59	CYTARABINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
60	CYTARABINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
61	CYTARABINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
62	CYTARABINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
63	CYTARABINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
64	CYTARABINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65	CYTARABINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
66	CYTARABINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
67	CYTARABINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
68	CYTARABINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
69	CYTARABINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
70	CYTARABINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
71	CYTARABINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
72	CYTARABINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
73	CYTARABINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74	CYTARABINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
75	CYTARABINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
76	CYTARABINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
77	CYTARABINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
78	CYTARABINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
79	CYTARABINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80	CYTARABINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
81	CYTARABINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
82	CYTARABINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
83	CYTARABINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
84	CYTARABINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
85	CYTARABINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
86	CYTARABINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
87	CYTARABINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
88	CYTARABINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89	CYTARABINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
90	CYTARABINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
91	CYTARABINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
92	CYTARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
93	CYTARABINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
94	CYTARABINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
95	CYTARABINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
96	CYTARABINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
97	CYTARABINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
98	CYTARABINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
99	CYTARABINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
100	CYTARABINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
101	CYTARABINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
102	CYTARABINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
103	CYTARABINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
104	CYTARABINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
105	CYTARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
106	CYTARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
107	CYTARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
108	CYTARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
109	CYTARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
110	CYTARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
111	CYTARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
112	CYTARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	CYTARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
114	CYTARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
115	CYTARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
116	CYTARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
117	CYTARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
118	CYTARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
119	CYTARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
120	CYTARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
121	CYTARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
122	CYTARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
123	CYTARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
124	CYTARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
125	CYTARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
126	CYTARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
127	CYTARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
128	CYTARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
129	CYTARABINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	CYTARABINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	CYTARABINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	CYTARABINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	CYTARABINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	CYTARABINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	CYTARABINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	CYTARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	CYTARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	CYTARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	CYTARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	CYTARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
141	CYTARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	CYTARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	CYTARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	CYTARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	CYTARABINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
146	CYTARABINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
147	CYTARABINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
148	CYTARABINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
149	CYTARABINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
150	CYTARABINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
151	CYTARABINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
152	CYTARABINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
153	CYTARABINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
154	CYTARABINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.16.

DACARBAZINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DACARBAZINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DACARBAZINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DACARBAZINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DACARBAZINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DACARBAZINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DACARBAZINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DACARBAZINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DACARBAZINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DACARBAZINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DACARBAZINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DACARBAZINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DACARBAZINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DACARBAZINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DACARBAZINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DACARBAZINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DACARBAZINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DACARBAZINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DACARBAZINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DACARBAZINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	DACARBAZINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DACARBAZINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	DACARBAZINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DACARBAZINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DACARBAZINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DACARBAZINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DACARBAZINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DACARBAZINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DACARBAZINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DACARBAZINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DACARBAZINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DACARBAZINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DACARBAZINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DACARBAZINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DACARBAZINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DACARBAZINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DACARBAZINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DACARBAZINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DACARBAZINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DACARBAZINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DACARBAZINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DACARBAZINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DACARBAZINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	DACARBAZINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DACARBAZINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DACARBAZINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DACARBAZINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DACARBAZINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	DACARBAZINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DACARBAZINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DACARBAZINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DACARBAZINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DACARBAZINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DACARBAZINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DACARBAZINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DACARBAZINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DACARBAZINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DACARBAZINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DACARBAZINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DACARBAZINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DACARBAZINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DACARBAZINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DACARBAZINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DACARBAZINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DACARBAZINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DACARBAZINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DACARBAZINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	DACARBAZINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DACARBAZINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DACARBAZINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	DACARBAZINUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DACARBAZINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DACARBAZINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DACARBAZINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	DACARBAZINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DACARBAZINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DACARBAZINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DACARBAZINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DACARBAZINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DACARBAZINUM	C16.0	WPUST
80	DACARBAZINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DACARBAZINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DACARBAZINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	DACARBAZINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	DACARBAZINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DACARBAZINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DACARBAZINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DACARBAZINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DACARBAZINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	DACARBAZINUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	DACARBAZINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	DACARBAZINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	DACARBAZINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	DACARBAZINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	DACARBAZINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	DACARBAZINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	DACARBAZINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	DACARBAZINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	DACARBAZINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	DACARBAZINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	DACARBAZINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	DACARBAZINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	DACARBAZINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	DACARBAZINUM	C18.7	ESICA
104	DACARBAZINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	DACARBAZINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	DACARBAZINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	DACARBAZINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	DACARBAZINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	DACARBAZINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	DACARBAZINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	DACARBAZINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	DACARBAZINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	DACARBAZINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	DACARBAZINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	DACARBAZINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	DACARBAZINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	DACARBAZINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	DACARBAZINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	DACARBAZINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	DACARBAZINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	DACARBAZINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	DACARBAZINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	DACARBAZINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	DACARBAZINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	DACARBAZINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	DACARBAZINUM	C24.9	DRUGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	DACARBAZINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	DACARBAZINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	DACARBAZINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	DACARBAZINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	DACARBAZINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	DACARBAZINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	DACARBAZINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	DACARBAZINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	DACARBAZINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	DACARBAZINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	DACARBAZINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	DACARBAZINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	DACARBAZINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	DACARBAZINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	DACARBAZINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	DACARBAZINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	DACARBAZINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	DACARBAZINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	DACARBAZINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	DACARBAZINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	DACARBAZINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	DACARBAZINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	DACARBAZINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	DACARBAZINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	DACARBAZINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
152	DACARBAZINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
153	DACARBAZINUM	C38.0	SERCE
154	DACARBAZINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
155	DACARBAZINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
156	DACARBAZINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
157	DACARBAZINUM	C38.4	OPLUCNA
158	DACARBAZINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
159	DACARBAZINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
160	DACARBAZINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	DACARBAZINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
162	DACARBAZINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
163	DACARBAZINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYŃ
164	DACARBAZINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
165	DACARBAZINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
166	DACARBAZINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
167	DACARBAZINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
168	DACARBAZINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYŃ
169	DACARBAZINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYŃ, NIEOKREŚLONE
170	DACARBAZINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
171	DACARBAZINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
172	DACARBAZINUM	C41.1	ŻUCHWA
173	DACARBAZINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
174	DACARBAZINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
175	DACARBAZINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
176	DACARBAZINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
177	DACARBAZINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
178	DACARBAZINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
179	DACARBAZINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
180	DACARBAZINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
181	DACARBAZINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
182	DACARBAZINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	DACARBAZINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
184	DACARBAZINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
185	DACARBAZINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
186	DACARBAZINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
187	DACARBAZINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
188	DACARBAZINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
189	DACARBAZINUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
190	DACARBAZINUM	C44.0	SKÓRA WARGI
191	DACARBAZINUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192	DACARBAZINUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193	DACARBAZINUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194	DACARBAZINUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
195	DACARBAZINUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
196	DACARBAZINUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197	DACARBAZINUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
198	DACARBAZINUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
199	DACARBAZINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200	DACARBAZINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
201	DACARBAZINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
202	DACARBAZINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
203	DACARBAZINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
204	DACARBAZINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
205	DACARBAZINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	DACARBAZINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
207	DACARBAZINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
208	DACARBAZINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	DACARBAZINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
210	DACARBAZINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
211	DACARBAZINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
212	DACARBAZINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
213	DACARBAZINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
214	DACARBAZINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
215	DACARBAZINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
216	DACARBAZINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
217	DACARBAZINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
218	DACARBAZINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
219	DACARBAZINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
220	DACARBAZINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
221	DACARBAZINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
222	DACARBAZINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
223	DACARBAZINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
224	DACARBAZINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
225	DACARBAZINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
226	DACARBAZINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
227	DACARBAZINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	DACARBAZINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
229	DACARBAZINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
230	DACARBAZINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
231	DACARBAZINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
232	DACARBAZINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
233	DACARBAZINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
234	DACARBAZINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
235	DACARBAZINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
236	DACARBAZINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
237	DACARBAZINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
238	DACARBAZINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
239	DACARBAZINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
240	DACARBAZINUM	C54.3	DNO MACICY
241	DACARBAZINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
242	DACARBAZINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
243	DACARBAZINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
244	DACARBAZINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
245	DACARBAZINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
246	DACARBAZINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
247	DACARBAZINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
248	DACARBAZINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
249	DACARBAZINUM	C57.3	PRZYMACICZA
250	DACARBAZINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
251	DACARBAZINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	DACARBAZINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
253	DACARBAZINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
254	DACARBAZINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	DACARBAZINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	DACARBAZINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	DACARBAZINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	DACARBAZINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	DACARBAZINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
260	DACARBAZINUM	C63.0	NAJĄDRZE
261	DACARBAZINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
262	DACARBAZINUM	C63.2	MOSZNA
263	DACARBAZINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
264	DACARBAZINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	DACARBAZINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
266	DACARBAZINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	DACARBAZINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	DACARBAZINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	DACARBAZINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
270	DACARBAZINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
271	DACARBAZINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
272	DACARBAZINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
273	DACARBAZINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
274	DACARBAZINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
275	DACARBAZINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	DACARBAZINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
277	DACARBAZINUM	C67.7	MOCZOWNIK
278	DACARBAZINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
279	DACARBAZINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
280	DACARBAZINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
281	DACARBAZINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
282	DACARBAZINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
283	DACARBAZINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
284	DACARBAZINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
285	DACARBAZINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
286	DACARBAZINUM	C69.0	SPOJÓWKA
287	DACARBAZINUM	C69.1	ROGÓWKA
288	DACARBAZINUM	C69.2	SIATKÓWKA
289	DACARBAZINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
290	DACARBAZINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
291	DACARBAZINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
292	DACARBAZINUM	C69.6	OCZODÓŁ
293	DACARBAZINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
294	DACARBAZINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
295	DACARBAZINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	DACARBAZINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	DACARBAZINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	DACARBAZINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	DACARBAZINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	DACARBAZINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	DACARBAZINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	DACARBAZINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	DACARBAZINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	DACARBAZINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	DACARBAZINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	DACARBAZINUM	C71.6	MÓZDŻEK
307	DACARBAZINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	DACARBAZINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	DACARBAZINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	DACARBAZINUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
311	DACARBAZINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
312	DACARBAZINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
313	DACARBAZINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
314	DACARBAZINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
315	DACARBAZINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
316	DACARBAZINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
317	DACARBAZINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
318	DACARBAZINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
319	DACARBAZINUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	DACARBAZINUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
321	DACARBAZINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
322	DACARBAZINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
323	DACARBAZINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
324	DACARBAZINUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
325	DACARBAZINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
326	DACARBAZINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
327	DACARBAZINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
328	DACARBAZINUM	C75.3	SZYSZYNKA
329	DACARBAZINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
330	DACARBAZINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
331	DACARBAZINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	DACARBAZINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	DACARBAZINUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	DACARBAZINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	DACARBAZINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
336	DACARBAZINUM	C76.2	BRZUCH
337	DACARBAZINUM	C76.3	MIEDNICA
338	DACARBAZINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
339	DACARBAZINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
340	DACARBAZINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
341	DACARBAZINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
342	DACARBAZINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
343	DACARBAZINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
344	DACARBAZINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
345	DACARBAZINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	DACARBAZINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
347	DACARBAZINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
348	DACARBAZINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
349	DACARBAZINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
350	DACARBAZINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
351	DACARBAZINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
352	DACARBAZINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
353	DACARBAZINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
354	DACARBAZINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
355	DACARBAZINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
356	DACARBAZINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
357	DACARBAZINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
358	DACARBAZINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
359	DACARBAZINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
360	DACARBAZINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
361	DACARBAZINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
362	DACARBAZINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
363	DACARBAZINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
364	DACARBAZINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
365	DACARBAZINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
366	DACARBAZINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
367	DACARBAZINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368	DACARBAZINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
369	DACARBAZINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
370	DACARBAZINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371	DACARBAZINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
372	DACARBAZINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
373	DACARBAZINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
374	DACARBAZINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
375	DACARBAZINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
376	DACARBAZINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
377	DACARBAZINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
378	DACARBAZINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
379	DACARBAZINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
380	DACARBAZINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
381	DACARBAZINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
382	DACARBAZINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
383	DACARBAZINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
384	DACARBAZINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
385	DACARBAZINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
386	DACARBAZINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
387	DACARBAZINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
388	DACARBAZINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
389	DACARBAZINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
390	DACARBAZINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
391	DACARBAZINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
392	DACARBAZINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
393	DACARBAZINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
394	DACARBAZINUM	C83.8	INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
395	DACARBAZINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
396	DACARBAZINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
397	DACARBAZINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
398	DACARBAZINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
399	DACARBAZINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
400	DACARBAZINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
401	DACARBAZINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
402	DACARBAZINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
403	DACARBAZINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
404	DACARBAZINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
405	DACARBAZINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
406	DACARBAZINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
407	DACARBAZINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	DACARBAZINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
409	DACARBAZINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
410	DACARBAZINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
411	DACARBAZINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
412	DACARBAZINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
413	DACARBAZINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
414	DACARBAZINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	DACARBAZINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
416	DACARBAZINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
417	DACARBAZINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
418	DACARBAZINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	DACARBAZINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	DACARBAZINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
421	DACARBAZINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
422	DACARBAZINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
423	DACARBAZINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
424	DACARBAZINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
425	DACARBAZINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
426	DACARBAZINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
427	DACARBAZINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
428	DACARBAZINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
429	DACARBAZINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
430	DACARBAZINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
431	DACARBAZINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
432	DACARBAZINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
433	DACARBAZINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
434	DACARBAZINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
435	DACARBAZINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
436	DACARBAZINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
437	DACARBAZINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
438	DACARBAZINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	DACARBAZINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
440	DACARBAZINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
441	DACARBAZINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
442	DACARBAZINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
443	DACARBAZINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
444	DACARBAZINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
445	DACARBAZINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
446	DACARBAZINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
447	DACARBAZINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
448	DACARBAZINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
449	DACARBAZINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
450	DACARBAZINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
451	DACARBAZINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
452	DACARBAZINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
453	DACARBAZINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
454	DACARBAZINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
455	DACARBAZINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
456	DACARBAZINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
457	DACARBAZINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
458	DACARBAZINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
459	DACARBAZINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
460	DACARBAZINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
461	DACARBAZINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
462	DACARBAZINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
463	DACARBAZINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
464	DACARBAZINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
465	DACARBAZINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
466	DACARBAZINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
467	DACARBAZINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468	DACARBAZINUM	D01.2	ODBYTNICA
469	DACARBAZINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470	DACARBAZINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
471	DACARBAZINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
472	DACARBAZINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
473	DACARBAZINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
474	DACARBAZINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
475	DACARBAZINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
476	DACARBAZINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
477	DACARBAZINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
478	DACARBAZINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
479	DACARBAZINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
480	DACARBAZINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
481	DACARBAZINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
482	DACARBAZINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
483	DACARBAZINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
484	DACARBAZINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
485	DACARBAZINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
486	DACARBAZINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
487	DACARBAZINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
488	DACARBAZINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
489	DACARBAZINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
490	DACARBAZINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
491	DACARBAZINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
492	DACARBAZINUM	D07.1	SROM
493	DACARBAZINUM	D07.2	POCHWA
494	DACARBAZINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
495	DACARBAZINUM	D07.4	PRĄCIE
496	DACARBAZINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
497	DACARBAZINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
498	DACARBAZINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
499	DACARBAZINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
500	DACARBAZINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
501	DACARBAZINUM	D09.2	OKO
502	DACARBAZINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
503	DACARBAZINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
504	DACARBAZINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
505	DACARBAZINUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	DACARBAZINUM	D10.0	WARGA
507	DACARBAZINUM	D10.1	JĘZYK
508	DACARBAZINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	DACARBAZINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	DACARBAZINUM	D10.4	MIGDAŁEK
511	DACARBAZINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	DACARBAZINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	DACARBAZINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	DACARBAZINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	DACARBAZINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	DACARBAZINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	DACARBAZINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	DACARBAZINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	DACARBAZINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	DACARBAZINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	DACARBAZINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	DACARBAZINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	DACARBAZINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	DACARBAZINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	DACARBAZINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	DACARBAZINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	DACARBAZINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	DACARBAZINUM	D12.8	ODBYTNICA
529	DACARBAZINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	DACARBAZINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	DACARBAZINUM	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	DACARBAZINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	DACARBAZINUM	D13.2	DWUNASTNICA
534	DACARBAZINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	DACARBAZINUM	D13.4	WĄTROBA
536	DACARBAZINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	DACARBAZINUM	D13.6	TRZUSTKA
538	DACARBAZINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	DACARBAZINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
540	DACARBAZINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
541	DACARBAZINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
542	DACARBAZINUM	D14.1	KRTAŃ
543	DACARBAZINUM	D14.2	TCHAWICA
544	DACARBAZINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
545	DACARBAZINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
546	DACARBAZINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
547	DACARBAZINUM	D15.0	GRASICA
548	DACARBAZINUM	D15.1	SERCE
549	DACARBAZINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
550	DACARBAZINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
551	DACARBAZINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
552	DACARBAZINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	DACARBAZINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	DACARBAZINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	DACARBAZINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	DACARBAZINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	DACARBAZINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	DACARBAZINUM	D16.5	ŻUCHWA
559	DACARBAZINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	DACARBAZINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	DACARBAZINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	DACARBAZINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	DACARBAZINUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	DACARBAZINUM	D18.0	NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	DACARBAZINUM	D18.1	NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	DACARBAZINUM	D19	NOWOTWORZY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	DACARBAZINUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
568	DACARBAZINUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	DACARBAZINUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	DACARBAZINUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	DACARBAZINUM	D20	NOWOTWORZY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	DACARBAZINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	DACARBAZINUM	D20.1	OTRZEWNA
574	DACARBAZINUM	D21	INNE NOWOTWORZY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
575	DACARBAZINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
576	DACARBAZINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
577	DACARBAZINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
578	DACARBAZINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
579	DACARBAZINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
580	DACARBAZINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
581	DACARBAZINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
582	DACARBAZINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
583	DACARBAZINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
584	DACARBAZINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
585	DACARBAZINUM	D28.0	SROM
586	DACARBAZINUM	D28.1	POCHWA
587	DACARBAZINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
588	DACARBAZINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
589	DACARBAZINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
590	DACARBAZINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
591	DACARBAZINUM	D29.0	PRĄCIE
592	DACARBAZINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
593	DACARBAZINUM	D29.2	JĄDRO
594	DACARBAZINUM	D29.3	NAJĄDRZE
595	DACARBAZINUM	D29.4	MOSZNA
596	DACARBAZINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
597	DACARBAZINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
598	DACARBAZINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
599	DACARBAZINUM	D30.0	NERKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
600	DACARBAZINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
601	DACARBAZINUM	D30.2	MOCZOWÓD
602	DACARBAZINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
603	DACARBAZINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
604	DACARBAZINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
605	DACARBAZINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
606	DACARBAZINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
607	DACARBAZINUM	D31.0	SPOJÓWKA
608	DACARBAZINUM	D31.1	ROGÓWKA
609	DACARBAZINUM	D31.2	SIATKÓWKA
610	DACARBAZINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
611	DACARBAZINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
612	DACARBAZINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
613	DACARBAZINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
614	DACARBAZINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
615	DACARBAZINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
616	DACARBAZINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
617	DACARBAZINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
618	DACARBAZINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
619	DACARBAZINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
620	DACARBAZINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
621	DACARBAZINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
622	DACARBAZINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
623	DACARBAZINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
624	DACARBAZINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
625	DACARBAZINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
626	DACARBAZINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
627	DACARBAZINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
628	DACARBAZINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629	DACARBAZINUM	D35.0	NADNERCZA
630	DACARBAZINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
631	DACARBAZINUM	D35.2	PRZYSADKA
632	DACARBAZINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
633	DACARBAZINUM	D35.4	SZYSZYNKA
634	DACARBAZINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
635	DACARBAZINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
636	DACARBAZINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637	DACARBAZINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
638	DACARBAZINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
639	DACARBAZINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
640	DACARBAZINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
641	DACARBAZINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
642	DACARBAZINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
643	DACARBAZINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
644	DACARBAZINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
645	DACARBAZINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
646	DACARBAZINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
647	DACARBAZINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
648	DACARBAZINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
649	DACARBAZINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
650	DACARBAZINUM	D37.5	ODBYTNICA
651	DACARBAZINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
652	DACARBAZINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
653	DACARBAZINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
654	DACARBAZINUM	D38	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
655	DACARBAZINUM	D38.0	KRTAŃ
656	DACARBAZINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
657	DACARBAZINUM	D38.2	OPŁUCNA
658	DACARBAZINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
659	DACARBAZINUM	D38.4	GRASICA
660	DACARBAZINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	DACARBAZINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	DACARBAZINUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
663	DACARBAZINUM	D39.0	MACICA
664	DACARBAZINUM	D39.1	JAJNIK
665	DACARBAZINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
666	DACARBAZINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
667	DACARBAZINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
668	DACARBAZINUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
669	DACARBAZINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	DACARBAZINUM	D40.1	JĄDRO
671	DACARBAZINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
672	DACARBAZINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
673	DACARBAZINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
674	DACARBAZINUM	D41.0	NERKA
675	DACARBAZINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
676	DACARBAZINUM	D41.2	MOCZOWÓD
677	DACARBAZINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
678	DACARBAZINUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
679	DACARBAZINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
680	DACARBAZINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
681	DACARBAZINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
682	DACARBAZINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
683	DACARBAZINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
684	DACARBAZINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
685	DACARBAZINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
686	DACARBAZINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
687	DACARBAZINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
688	DACARBAZINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
689	DACARBAZINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
690	DACARBAZINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
691	DACARBAZINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
692	DACARBAZINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
693	DACARBAZINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
694	DACARBAZINUM	D44.0	TARCZYCA
695	DACARBAZINUM	D44.1	NADNERCZA
696	DACARBAZINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
697	DACARBAZINUM	D44.3	PRZYSADKA
698	DACARBAZINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
699	DACARBAZINUM	D44.5	SZYSZYNKA
700	DACARBAZINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
701	DACARBAZINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
702	DACARBAZINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
703	DACARBAZINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
704	DACARBAZINUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
705	DACARBAZINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
706	DACARBAZINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
707	DACARBAZINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
708	DACARBAZINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
709	DACARBAZINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	DACARBAZINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	DACARBAZINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	DACARBAZINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	DACARBAZINUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	DACARBAZINUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	DACARBAZINUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	DACARBAZINUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	DACARBAZINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	DACARBAZINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	DACARBAZINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
720	DACARBAZINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
721	DACARBAZINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
722	DACARBAZINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
723	DACARBAZINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
724	DACARBAZINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
725	DACARBAZINUM	D48.4	OTRZEWNA
726	DACARBAZINUM	D48.5	SKÓRA
727	DACARBAZINUM	D48.6	SUTEK
728	DACARBAZINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
729	DACARBAZINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
730	DACARBAZINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
731	DACARBAZINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
732	DACARBAZINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
733	DACARBAZINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
734	DACARBAZINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
735	DACARBAZINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
736	DACARBAZINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
737	DACARBAZINUM	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
738	DACARBAZINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	DACARBAZINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

DOCETAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DO CETAXELUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DO CETAXELUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DO CETAXELUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DO CETAXELUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DO CETAXELUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DO CETAXELUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DO CETAXELUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DO CETAXELUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DO CETAXELUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DO CETAXELUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DO CETAXELUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DO CETAXELUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DO CETAXELUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DO CETAXELUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DO CETAXELUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DO CETAXELUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DO CETAXELUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DO CETAXELUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DO CETAXELUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	DO CETAXELUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DO CETAXELUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	DO CETAXELUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DO CETAXELUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DO CETAXELUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DO CETAXELUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DO CETAXELUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DO CETAXELUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DO CETAXELUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DO CETAXELUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DO CETAXELUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DO CETAXELUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DO CETAXELUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DO CETAXELUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DO CETAXELUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DO CETAXELUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DO CETAXELUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DO CETAXELUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DO CETAXELUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DO CETAXELUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DO CETAXELUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DO CETAXELUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DO CETAXELUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	DO CETAXELUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DO CETAXELUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DO CETAXELUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DO CETAXELUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DO CETAXELUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	DO CETAXELUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DO CETAXELUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DO CETAXELUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DO CETAXELUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DO CETAXELUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DO CETAXELUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DO CETAXELUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DO CETAXELUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DO CETAXELUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DO CETAXELUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DO CETAXELUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DO CETAXELUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DO CETAXELUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DO CETAXELUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DO CETAXELUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DO CETAXELUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DO CETAXELUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DO CETAXELUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DO CETAXELUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	DO CETAXELUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DO CETAXELUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DO CETAXELUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKIPIERŚCIENIOWATEJ
70	DO CETAXELUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DO CETAXELUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DO CETAXELUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DO CETAXELUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	DO CETAXELUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DO CETAXELUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DO CETAXELUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DO CETAXELUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DO CETAXELUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DO CETAXELUM	C16.0	WPUST
80	DO CETAXELUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DO CETAXELUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DO CETAXELUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	DO CETAXELUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	DO CETAXELUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DO CETAXELUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DO CETAXELUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DO CETAXELUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DO CETAXELUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	DO CETAXELUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	DO CETAXELUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	DO CETAXELUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	DO CETAXELUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	DO CETAXELUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	DO CETAXELUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	DO CETAXELUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	DO CETAXELUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	DO CETAXELUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	DO CETAXELUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	DO CETAXELUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	DO CETAXELUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	DO CETAXELUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	DO CETAXELUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	DO CETAXELUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	DO CETAXELUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	DO CETAXELUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	DO CETAXELUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	DO CETAXELUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	DO CETAXELUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	DO CETAXELUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	DO CETAXELUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	DO CETAXELUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	DO CETAXELUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	DO CETAXELUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	DO CETAXELUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	DO CETAXELUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	DO CETAXELUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	DO CETAXELUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.20.

DOXORUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	DOXORUBICINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	DOXORUBICINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	DOXORUBICINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	DOXORUBICINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	DOXORUBICINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	DOXORUBICINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	DOXORUBICINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	DOXORUBICINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	DOXORUBICINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	DOXORUBICINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	DOXORUBICINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	DOXORUBICINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	DOXORUBICINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	DOXORUBICINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	DOXORUBICINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	DOXORUBICINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	DOXORUBICINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	DOXORUBICINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	DO XO RUBICINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	DO XO RUBICINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	DO XO RUBICINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	DO XO RUBICINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	DO XO RUBICINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	DO XO RUBICINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	DO XO RUBICINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	DO XO RUBICINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	DO XO RUBICINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	DO XO RUBICINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	DO XO RUBICINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	DO XO RUBICINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	DO XO RUBICINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	DO XO RUBICINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	DO XO RUBICINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	DO XO RUBICINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	DO XO RUBICINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	DO XO RUBICINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	DO XO RUBICINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	DO XO RUBICINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	DO XO RUBICINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	DO XO RUBICINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	DO XO RUBICINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	DO XO RUBICINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	DO XO RUBICINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	DO XO RUBICINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	DO XO RUBICINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	DO XO RUBICINUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	DO XO RUBICINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	DO XO RUBICINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY)(PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	DO XO RUBICINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	DO XO RUBICINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	DO XO RUBICINUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	DO XO RUBICINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	DO XO RUBICINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	DO XO RUBICINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	DO XO RUBICINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	DO XO RUBICINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	DO XO RUBICINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	DO XO RUBICINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	DO XO RUBICINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	DO XO RUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	DO XO RUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	DO XO RUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	DO XO RUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	DO XO RUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	DO XO RUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	DO XO RUBICINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	DO XO RUBICINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	DO XO RUBICINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	DO XO RUBICINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	DO XO RUBICINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	DO XO RUBICINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	DO XO RUBICINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	DO XO RUBICINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBREBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	DO XO RUBICINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	DO XO RUBICINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	DO XO RUBICINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	DO XO RUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79.	DO XO RUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80.	DO XO RUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81.	DO XO RUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82.	DO XO RUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83.	DO XO RUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84.	DO XO RUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85.	DO XO RUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86.	DO XO RUBICINUM	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	DO XO RUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	DO XO RUBICINUM	C16.0	WPUST
89.	DO XO RUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	DO XO RUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	DO XO RUBICINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	DO XO RUBICINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	DO XO RUBICINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	DO XO RUBICINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	DO XO RUBICINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	DO XO RUBICINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	DO XO RUBICINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	DO XO RUBICINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99.	DO XO RUBICINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100.	DO XO RUBICINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	DO XO RUBICINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102.	DO XO RUBICINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	DO XO RUBICINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	DO XO RUBICINUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	DO XO RUBICINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	DO XO RUBICINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	DO XO RUBICINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	DO XO RUBICINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	DO XO RUBICINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	DO XO RUBICINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	DO XO RUBICINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	DO XO RUBICINUM	C18.7	ESICA
113.	DO XO RUBICINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	DO XO RUBICINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	DO XO RUBICINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	DO XO RUBICINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	DO XO RUBICINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	DO XO RUBICINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	DO XO RUBICINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	DO XO RUBICINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	DO XO RUBICINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	DO XO RUBICINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	DO XO RUBICINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	DO XO RUBICINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	DO XO RUBICINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	DO XO RUBICINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	DO XO RUBICINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	DO XO RUBICINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	DO XO RUBICINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	DO XO RUBICINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131.	DO XO RUBICINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132.	DO XO RUBICINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133.	DO XO RUBICINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	DO XO RUBICINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135.	DO XO RUBICINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	DO XO RUBICINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	DO XO RUBICINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	DO XO RUBICINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	DO XO RUBICINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	DO XO RUBICINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	DO XO RUBICINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	DO XO RUBICINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	DO XO RUBICINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	DO XO RUBICINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	DO XO RUBICINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	DO XO RUBICINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	DO XO RUBICINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	DO XO RUBICINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	DO XO RUBICINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	DO XO RUBICINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	DO XO RUBICINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	DO XO RUBICINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	DO XO RUBICINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	DO XO RUBICINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	DO XO RUBICINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156.	DO XO RUBICINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	DO XO RUBICINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	DO XO RUBICINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	DO XO RUBICINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	DO XO RUBICINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	DO XO RUBICINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	DO XO RUBICINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	DO XO RUBICINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	DO XO RUBICINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
165.	DO XO RUBICINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	DO XO RUBICINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	DO XO RUBICINUM	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	DO XO RUBICINUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	DO XO RUBICINUM	C38.0	SERCE
170.	DO XO RUBICINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	DO XO RUBICINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	DO XO RUBICINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	DO XO RUBICINUM	C38.4	OPŁUCNA
174.	DO XO RUBICINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	DO XO RUBICINUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	DO XO RUBICINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	DO XO RUBICINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	DO XO RUBICINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	DO XO RUBICINUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	DO XO RUBICINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	DO XO RUBICINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	DO XO RUBICINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	DO XO RUBICINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	DO XO RUBICINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	DO XO RUBICINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	DO XO RUBICINUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
187.	DO XO RUBICINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	DO XO RUBICINUM	C41.1	ŻUCHWA
189.	DO XO RUBICINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	DO XO RUBICINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	DO XO RUBICINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	DO XO RUBICINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	DO XO RUBICINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	DO XO RUBICINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	DO XO RUBICINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	DO XO RUBICINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	DO XO RUBICINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	DO XO RUBICINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	DO XO RUBICINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	DO XO RUBICINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	DO XO RUBICINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	DO XO RUBICINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	DO XO RUBICINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	DO XO RUBICINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	DO XO RUBICINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	DO XO RUBICINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
207.	DO XO RUBICINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	DO XO RUBICINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	DO XO RUBICINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	DO XO RUBICINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	DO XO RUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
212.	DO XO RUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
213.	DO XO RUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	DO XO RUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
215.	DO XO RUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	DO XO RUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	DO XO RUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	DO XO RUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
219.	DO XO RUBICINUM	C47	NOWOTWORZY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	DO XO RUBICINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	DO XO RUBICINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	DO XO RUBICINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	DO XO RUBICINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	DO XO RUBICINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	DO XO RUBICINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	DO XO RUBICINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	DO XO RUBICINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	DO XO RUBICINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	DO XO RUBICINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	DO XO RUBICINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	DO XO RUBICINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	DO XO RUBICINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	DO XO RUBICINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	DO XO RUBICINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	DO XO RUBICINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	DO XO RUBICINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	DO XO RUBICINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	DO XO RUBICINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	DO XO RUBICINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	DO XO RUBICINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	DO XO RUBICINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	DO XO RUBICINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	DO XO RUBICINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	DO XO RUBICINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	DO XO RUBICINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	DO XO RUBICINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	DO XO RUBICINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	DO XO RUBICINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	DO XO RUBICINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	DO XO RUBICINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	DO XO RUBICINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	DO XO RUBICINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	DO XO RUBICINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	DO XO RUBICINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	DO XO RUBICINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	DO XO RUBICINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	DO XO RUBICINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	DO XO RUBICINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	DO XO RUBICINUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	DO XO RUBICINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	DO XO RUBICINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	DO XO RUBICINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	DO XO RUBICINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	DO XO RUBICINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	DO XO RUBICINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	DO XO RUBICINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	DO XO RUBICINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	DO XO RUBICINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	DO XO RUBICINUM	C54.3	DNO MACICY
270.	DO XO RUBICINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	DO XO RUBICINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	DO XO RUBICINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	DO XO RUBICINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	DO XO RUBICINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	DO XO RUBICINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	DO XO RUBICINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
277.	DO XO RUBICINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
278.	DO XO RUBICINUM	C57.3	PRZYMACICZA
279.	DO XO RUBICINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	DO XO RUBICINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	DO XO RUBICINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	DO XO RUBICINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	DO XO RUBICINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	DO XO RUBICINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	DO XO RUBICINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	DO XO RUBICINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	DO XO RUBICINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	DO XO RUBICINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	DO XO RUBICINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	DO XO RUBICINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	DO XO RUBICINUM	C63.2	MOSZNA
292.	DO XO RUBICINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	DO XO RUBICINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	DO XO RUBICINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	DO XO RUBICINUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	DO XO RUBICINUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	DO XO RUBICINUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	DO XO RUBICINUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	DO XO RUBICINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	DO XO RUBICINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	DO XO RUBICINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	DO XO RUBICINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	DO XO RUBICINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	DO XO RUBICINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	DO XO RUBICINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	DO XO RUBICINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	DO XO RUBICINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
308.	DO XO RUBICINUM	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	DO XO RUBICINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	DO XO RUBICINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	DO XO RUBICINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	DO XO RUBICINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	DO XO RUBICINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	DO XO RUBICINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	DO XO RUBICINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	DO XO RUBICINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	DO XO RUBICINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	DO XO RUBICINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	DO XO RUBICINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	DO XO RUBICINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	DO XO RUBICINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	DO XO RUBICINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	DO XO RUBICINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	DO XO RUBICINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	DO XO RUBICINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	DO XO RUBICINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	DO XO RUBICINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	DO XO RUBICINUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	DO XO RUBICINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	DO XO RUBICINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	DO XO RUBICINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	DO XO RUBICINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	DO XO RUBICINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	DO XO RUBICINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	DO XO RUBICINUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	DO XO RUBICINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	DO XO RUBICINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	DO XO RUBICINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	DO XO RUBICINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	DO XO RUBICINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	DO XO RUBICINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	DO XO RUBICINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	DO XO RUBICINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	DO XO RUBICINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	DO XO RUBICINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	DO XO RUBICINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	DO XO RUBICINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	DO XO RUBICINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	DO XO RUBICINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	DO XO RUBICINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	DO XO RUBICINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	DO XO RUBICINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	DO XO RUBICINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	DO XO RUBICINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	DO XO RUBICINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	DO XO RUBICINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	DO XO RUBICINUM	C75.3	SZYSZYNKA
358.	DO XO RUBICINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	DO XO RUBICINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	DO XO RUBICINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	DO XO RUBICINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	DO XO RUBICINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	DO XO RUBICINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	DO XO RUBICINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	DO XO RUBICINUM	C76.2	BRZUCH
366.	DO XO RUBICINUM	C76.3	MIEDNICA
367.	DO XO RUBICINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	DO XO RUBICINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	DO XO RUBICINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	DO XO RUBICINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	DO XO RUBICINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	DO XO RUBICINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	DO XO RUBICINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	DO XO RUBICINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	DO XO RUBICINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	DO XO RUBICINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	DO XO RUBICINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	DO XO RUBICINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	DO XO RUBICINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	DO XO RUBICINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
381.	DO XO RUBICINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	DO XO RUBICINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	DO XO RUBICINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	DO XO RUBICINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	DO XO RUBICINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	DO XO RUBICINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	DO XO RUBICINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOJ
388.	DO XO RUBICINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	DO XO RUBICINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	DO XO RUBICINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCHUMIEJSCOWIEŃ
391.	DO XO RUBICINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	DO XO RUBICINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	DO XO RUBICINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	DO XO RUBICINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	DO XO RUBICINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	DO XO RUBICINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	DO XO RUBICINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	DO XO RUBICINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	DO XO RUBICINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	DO XO RUBICINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	DO XO RUBICINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	DO XO RUBICINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	DO XO RUBICINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	DO XO RUBICINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	DO XO RUBICINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	DO XO RUBICINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	DO XO RUBICINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	DO XO RUBICINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	DO XO RUBICINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	DO XO RUBICINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	DO XO RUBICINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	DO XO RUBICINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	DO XO RUBICINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	DO XO RUBICINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	DO XO RUBICINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	DO XO RUBICINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	DO XO RUBICINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	DO XO RUBICINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	DO XO RUBICINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	DO XO RUBICINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	DO XO RUBICINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	DO XO RUBICINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
423.	DO XO RUBICINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	DO XO RUBICINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	DO XO RUBICINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	DO XO RUBICINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	DO XO RUBICINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	DO XO RUBICINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	DO XO RUBICINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	DO XO RUBICINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	DO XO RUBICINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	DO XO RUBICINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	DO XO RUBICINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	DO XO RUBICINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	DO XO RUBICINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	DO XO RUBICINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	DO XO RUBICINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	DO XO RUBICINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	DO XO RUBICINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	DO XO RUBICINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	DO XO RUBICINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	DO XO RUBICINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	DO XO RUBICINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	DO XO RUBICINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	DO XO RUBICINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	DO XO RUBICINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNIKOMÓRKOWA
447.	DO XO RUBICINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	DO XO RUBICINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	DO XO RUBICINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
450.	DO XO RUBICINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	DO XO RUBICINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	DO XO RUBICINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	DO XO RUBICINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	DO XO RUBICINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	DO XO RUBICINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	DO XO RUBICINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	DO XO RUBICINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	DO XO RUBICINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	DO XO RUBICINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	DO XO RUBICINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	DO XO RUBICINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	DO XO RUBICINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	DO XO RUBICINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	DO XO RUBICINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	DO XO RUBICINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	DO XO RUBICINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	DO XO RUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	DO XO RUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	DO XO RUBICINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	DO XO RUBICINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	DO XO RUBICINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	DO XO RUBICINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	DO XO RUBICINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	DO XO RUBICINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	DO XO RUBICINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	DO XO RUBICINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	DO XO RUBICINUM	D01.2	ODBYTNICA
478.	DO XO RUBICINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	DO XO RUBICINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	DO XO RUBICINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	DO XO RUBICINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	DO XO RUBICINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	DO XO RUBICINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	DO XO RUBICINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	DO XO RUBICINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	DO XO RUBICINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	DO XO RUBICINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TRAWY
488.	DO XO RUBICINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	DO XO RUBICINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	DO XO RUBICINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	DO XO RUBICINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	DO XO RUBICINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	DO XO RUBICINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	DO XO RUBICINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	DO XO RUBICINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	DO XO RUBICINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	DO XO RUBICINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	DO XO RUBICINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	DO XO RUBICINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	DO XO RUBICINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	DO XO RUBICINUM	D07.1	SROM
502.	DO XO RUBICINUM	D07.2	POCHWA
503.	DO XO RUBICINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	DO XO RUBICINUM	D07.4	PRĄCIE
505.	DO XO RUBICINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	DO XO RUBICINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	DO XO RUBICINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	DO XO RUBICINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
509.	DO XO RUBICINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	DO XO RUBICINUM	D09.2	OKO
511.	DO XO RUBICINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	DO XO RUBICINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	DO XO RUBICINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	DO XO RUBICINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	DO XO RUBICINUM	D10.0	WARGA
516.	DO XO RUBICINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	DO XO RUBICINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	DO XO RUBICINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	DO XO RUBICINUM	D10.4	MIGDAŁEK
520.	DO XO RUBICINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	DO XO RUBICINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	DO XO RUBICINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	DO XO RUBICINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	DO XO RUBICINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	DO XO RUBICINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	DO XO RUBICINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	DO XO RUBICINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	DO XO RUBICINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	DO XO RUBICINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	DO XO RUBICINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	DO XO RUBICINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	DO XO RUBICINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	DO XO RUBICINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	DO XO RUBICINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	DO XO RUBICINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	DO XO RUBICINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	DO XO RUBICINUM	D12.8	ODBYTNICA
538.	DO XO RUBICINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	DO XO RUBICINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	DO XO RUBICINUM	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	DO XO RUBICINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	DO XO RUBICINUM	D13.2	DWUNASTNICA
543.	DO XO RUBICINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	DO XO RUBICINUM	D13.4	WĄTROBA
545.	DO XO RUBICINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
546.	DO XO RUBICINUM	D13.6	TRZUSTKA
547.	DO XO RUBICINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	DO XO RUBICINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	DO XO RUBICINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	DO XO RUBICINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	DO XO RUBICINUM	D14.1	KRTAŃ
552.	DO XO RUBICINUM	D14.2	TCHAWICA
553.	DO XO RUBICINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	DO XO RUBICINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	DO XO RUBICINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	DO XO RUBICINUM	D15.0	GRASICA
557.	DO XO RUBICINUM	D15.1	SERCE
558.	DO XO RUBICINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
559.	DO XO RUBICINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	DO XO RUBICINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	DO XO RUBICINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	DO XO RUBICINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	DO XO RUBICINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	DO XO RUBICINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	DOXORUBICINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	DOXORUBICINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	DOXORUBICINUM	D16.5	ŻUCHWA
568.	DOXORUBICINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	DOXORUBICINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	DOXORUBICINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	DOXORUBICINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	DOXORUBICINUM	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	DOXORUBICINUM	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	DOXORUBICINUM	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	DOXORUBICINUM	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	DOXORUBICINUM	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	DOXORUBICINUM	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
578.	DOXORUBICINUM	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	DOXORUBICINUM	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKANASIENNEGO
580.	DOXORUBICINUM	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	DOXORUBICINUM	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	DOXORUBICINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	DOXORUBICINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	DOXORUBICINUM	D20.1	OTRZEWNA
585.	DOXORUBICINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	DOXORUBICINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	DOXORUBICINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	DO XO RUBICINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	DO XO RUBICINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	DO XO RUBICINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	DO XO RUBICINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	DO XO RUBICINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	DO XO RUBICINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	DO XO RUBICINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	DO XO RUBICINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	DO XO RUBICINUM	D28.0	SROM
597.	DO XO RUBICINUM	D28.1	POCHWA
598.	DO XO RUBICINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	DO XO RUBICINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	DO XO RUBICINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	DO XO RUBICINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	DO XO RUBICINUM	D29.0	PRĄCIE
603.	DO XO RUBICINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	DO XO RUBICINUM	D29.2	JĄDRO
605.	DO XO RUBICINUM	D29.3	NAJĄDRZE
606.	DO XO RUBICINUM	D29.4	MOSZNA
607.	DO XO RUBICINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	DO XO RUBICINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	DO XO RUBICINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	DO XO RUBICINUM	D30.0	NERKA
611.	DO XO RUBICINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	DO XO RUBICINUM	D30.2	MOCZOWÓD
613.	DO XO RUBICINUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
614.	DO XO RUBICINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	DO XO RUBICINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	DO XO RUBICINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	DO XO RUBICINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	DO XO RUBICINUM	D31.0	SPOJÓWKA
619.	DO XO RUBICINUM	D31.1	ROGÓWKA
620.	DO XO RUBICINUM	D31.2	SIATKÓWKA
621.	DO XO RUBICINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	DO XO RUBICINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	DO XO RUBICINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	DO XO RUBICINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	DO XO RUBICINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	DO XO RUBICINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
627.	DO XO RUBICINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	DO XO RUBICINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	DO XO RUBICINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	DO XO RUBICINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	DO XO RUBICINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	DO XO RUBICINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	DO XO RUBICINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	DO XO RUBICINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	DO XO RUBICINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	DOXORUBICINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	DOXORUBICINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	DOXORUBICINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	DOXORUBICINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	DOXORUBICINUM	D35.0	NADNERCZA
641.	DOXORUBICINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	DOXORUBICINUM	D35.2	PRZYSADKA
643.	DOXORUBICINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	DOXORUBICINUM	D35.4	SZYSZYNKA
645.	DOXORUBICINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	DOXORUBICINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
647.	DOXORUBICINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	DOXORUBICINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	DOXORUBICINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	DOXORUBICINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	DOXORUBICINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	DOXORUBICINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	DOXORUBICINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	DOXORUBICINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	DOXORUBICINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	DOXORUBICINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	DOXORUBICINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	DOXORUBICINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	DOXORUBICINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	DO XO RUBICINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	DO XO RUBICINUM	D37.5	ODBYTNICA
662.	DO XO RUBICINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
663.	DO XO RUBICINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	DO XO RUBICINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	DO XO RUBICINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	DO XO RUBICINUM	D38.0	KRTAŃ
667.	DO XO RUBICINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	DO XO RUBICINUM	D38.2	OPŁUCNA
669.	DO XO RUBICINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	DO XO RUBICINUM	D38.4	GRASICA
671.	DO XO RUBICINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	DO XO RUBICINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	DO XO RUBICINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	DO XO RUBICINUM	D39.0	MACICA
675.	DO XO RUBICINUM	D39.1	JAJNIK
676.	DO XO RUBICINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	DO XO RUBICINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	DO XO RUBICINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	DO XO RUBICINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	DO XO RUBICINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	DO XO RUBICINUM	D40.1	JĄDRO
682.	DO XO RUBICINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	DO XO RUBICINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	DO XO RUBICINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	DO XO RUBICINUM	D41.0	NERKA
686.	DO XO RUBICINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	DO XO RUBICINUM	D41.2	MOCZOWÓD
688.	DO XO RUBICINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	DO XO RUBICINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	DO XO RUBICINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	DO XO RUBICINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	DO XO RUBICINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	DO XO RUBICINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	DO XO RUBICINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	DO XO RUBICINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	DO XO RUBICINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	DO XO RUBICINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	DO XO RUBICINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	DO XO RUBICINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	DO XO RUBICINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	DO XO RUBICINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	DO XO RUBICINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	DO XO RUBICINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	DO XO RUBICINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WĘWNETRZNEGO
705.	DO XO RUBICINUM	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	DO XO RUBICINUM	D44.1	NADNERCZA
707.	DO XO RUBICINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	DO XO RUBICINUM	D44.3	PRZYSADKA
709.	DO XO RUBICINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	DO XO RUBICINUM	D44.5	SZYSZYNKA
711.	DO XO RUBICINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	DO XO RUBICINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
713.	DO XO RUBICINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	DO XO RUBICINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	DO XO RUBICINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	DO XO RUBICINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	DO XO RUBICINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	DO XO RUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	DO XO RUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	DO XO RUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	DO XO RUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	DO XO RUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	DO XO RUBICINUM	D48.4	OTRZEWNA
724.	DO XO RUBICINUM	D48.5	SKÓRA
725.	DO XO RUBICINUM	D48.6	SUTEK
726.	DO XO RUBICINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	DO XO RUBICINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	DO XO RUBICINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	DO XO RUBICINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	DO XO RUBICINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	DO XO RUBICINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
732.	DO XO RUBICINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	DO XO RUBICINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	DO XO RUBICINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	DO XO RUBICINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	DO XO RUBICINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
737.	DO XO RUBICINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	DO XO RUBICINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej $\geq 200 \text{mg/m}^2$;

z uwzględnieniem przeciwwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Lecznego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
11.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
12.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
15.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
17.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
18.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
19.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
20.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
21.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
22.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
23.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
24.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
25.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA

Załącznik C.23.

EPIRUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	EPIRUBICINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	EPIRUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	EPIRUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	EPIRUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	EPIRUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	EPIRUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	EPIRUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	EPIRUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU
9	EPIRUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU
10	EPIRUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU
11	EPIRUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU
12	EPIRUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
13	EPIRUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
14	EPIRUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
15	EPIRUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU
16	EPIRUBICINUM	C15.9	PRZELYK, NIEOKREŚLONY
17	EPIRUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18	EPIRUBICINUM	C16.0	WPUST
19	EPIRUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
20	EPIRUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	EPIRUBICINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
22	EPIRUBICINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
23	EPIRUBICINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	EPIRUBICINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	EPIRUBICINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	EPIRUBICINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	EPIRUBICINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	EPIRUBICINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	EPIRUBICINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	EPIRUBICINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	EPIRUBICINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	EPIRUBICINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	EPIRUBICINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	EPIRUBICINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	EPIRUBICINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
36	EPIRUBICINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
37	EPIRUBICINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
38	EPIRUBICINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
39	EPIRUBICINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	EPIRUBICINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	EPIRUBICINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	EPIRUBICINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	EPIRUBICINUM	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	EPIRUBICINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	EPIRUBICINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	EPIRUBICINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	EPIRUBICINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	EPIRUBICINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	EPIRUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'EGO
50	EPIRUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'EGO SKÓRY
51	EPIRUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	EPIRUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'EGO PODNIEBIENIA
53	EPIRUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	EPIRUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	EPIRUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	EPIRUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'EGO, NIEOKREŚLONY
57	EPIRUBICINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
58	EPIRUBICINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
59	EPIRUBICINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
60	EPIRUBICINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
61	EPIRUBICINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
62	EPIRUBICINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
63	EPIRUBICINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
64	EPIRUBICINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
65	EPIRUBICINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
66	EPIRUBICINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	EPIRUBICINUM	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
68	EPIRUBICINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
69	EPIRUBICINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
70	EPIRUBICINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
71	EPIRUBICINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
72	EPIRUBICINUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
73	EPIRUBICINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
74	EPIRUBICINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
75	EPIRUBICINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
76	EPIRUBICINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
77	EPIRUBICINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
78	EPIRUBICINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
79	EPIRUBICINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
80	EPIRUBICINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
81	EPIRUBICINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
82	EPIRUBICINUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
83	EPIRUBICINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
84	EPIRUBICINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
85	EPIRUBICINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
86	EPIRUBICINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
87	EPIRUBICINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
88	EPIRUBICINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
89	EPIRUBICINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	EPIRUBICINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
91	EPIRUBICINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
92	EPIRUBICINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
93	EPIRUBICINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
94	EPIRUBICINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
95	EPIRUBICINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
96	EPIRUBICINUM	C54.3	DNO MACICY
97	EPIRUBICINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
98	EPIRUBICINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
99	EPIRUBICINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	EPIRUBICINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	EPIRUBICINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	EPIRUBICINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	EPIRUBICINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
104	EPIRUBICINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
105	EPIRUBICINUM	C57.3	PRZYMAGICZA
106	EPIRUBICINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
107	EPIRUBICINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
108	EPIRUBICINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
109	EPIRUBICINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
110	EPIRUBICINUM	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	EPIRUBICINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
112	EPIRUBICINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
113	EPIRUBICINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	EPIRUBICINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
115	EPIRUBICINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
116	EPIRUBICINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
117	EPIRUBICINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
118	EPIRUBICINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
119	EPIRUBICINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
120	EPIRUBICINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
121	EPIRUBICINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
122	EPIRUBICINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
123	EPIRUBICINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
124	EPIRUBICINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
125	EPIRUBICINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
126	EPIRUBICINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
127	EPIRUBICINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
128	EPIRUBICINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
129	EPIRUBICINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
130	EPIRUBICINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
131	EPIRUBICINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
132	EPIRUBICINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
133	EPIRUBICINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
134	EPIRUBICINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
135	EPIRUBICINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
136	EPIRUBICINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	EPIRUBICINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
138	EPIRUBICINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
139	EPIRUBICINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIODALNY
140	EPIRUBICINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
141	EPIRUBICINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
142	EPIRUBICINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
143	EPIRUBICINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
144	EPIRUBICINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
145	EPIRUBICINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
146	EPIRUBICINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
147	EPIRUBICINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
148	EPIRUBICINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
149	EPIRUBICINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
150	EPIRUBICINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
151	EPIRUBICINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
152	EPIRUBICINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
153	EPIRUBICINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
154	EPIRUBICINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
155	EPIRUBICINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
156	EPIRUBICINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNAKOMÓRKOWA
157	EPIRUBICINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
158	EPIRUBICINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
159	EPIRUBICINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
160	EPIRUBICINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	EPIRUBICINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
162	EPIRUBICINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
163	EPIRUBICINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
164	EPIRUBICINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
165	EPIRUBICINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	EPIRUBICINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	EPIRUBICINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	EPIRUBICINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	EPIRUBICINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	EPIRUBICINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	EPIRUBICINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	EPIRUBICINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	EPIRUBICINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	EPIRUBICINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	EPIRUBICINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	EPIRUBICINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	EPIRUBICINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	EPIRUBICINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	EPIRUBICINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	EPIRUBICINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	EPIRUBICINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	EPIRUBICINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	EPIRUBICINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	EPIRUBICINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	EPIRUBICINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	EPIRUBICINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	EPIRUBICINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	EPIRUBICINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	EPIRUBICINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	EPIRUBICINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	EPIRUBICINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	EPIRUBICINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	EPIRUBICINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	EPIRUBICINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	EPIRUBICINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	EPIRUBICINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	EPIRUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	EPIRUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	EPIRUBICINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	EPIRUBICINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	EPIRUBICINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	EPIRUBICINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	EPIRUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	EPIRUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	EPIRUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	EPIRUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	EPIRUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
208	EPIRUBICINUM	D48.4	OTRZEWNA
209	EPIRUBICINUM	D48.5	SKÓRA
210	EPIRUBICINUM	D48.6	SUTEK
211	EPIRUBICINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	EPIRUBICINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	EPIRUBICINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
214	EPIRUBICINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	EPIRUBICINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	EPIRUBICINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	EPIRUBICINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	EPIRUBICINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
219	EPIRUBICINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
220	EPIRUBICINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.24.

ETOPOSIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ETOPOSIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	ETOPOSIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	ETOPOSIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	ETOPOSIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	ETOPOSIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	ETOPOSIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	ETOPOSIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	ETOPOSIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	ETOPOSIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	ETOPOSIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	ETOPOSIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	ETOPOSIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	ETOPOSIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	ETOPOSIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	ETOPOSIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	ETOPOSIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	ETOPOSIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	ETOPOSIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	ETOPOSIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	ETO POSIDUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	ETO POSIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	ETO POSIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	ETO POSIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	ETO POSIDUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	ETO POSIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	ETO POSIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	ETO POSIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	ETO POSIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	ETO POSIDUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	ETO POSIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	ETO POSIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	ETO POSIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	ETO POSIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	ETO POSIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	ETO POSIDUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	ETO POSIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	ETO POSIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	ETO POSIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	ETO POSIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	ETO POSIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	ETO POSIDUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	ETO POSIDUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	ETO POSIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	ETO POSIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	ETO POSIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	ETO POSIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	ETO POSIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	ETO POSIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	ETO POSIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	ETO POSIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	ETO POSIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	ETO POSIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	ETO POSIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	ETO POSIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	ETO POSIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	ETO POSIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	ETO POSIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	ETO POSIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	ETO POSIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	ETO POSIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	ETO POSIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	ETO POSIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	ETO POSIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	ETO POSIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	ETO POSIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	ETO POSIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	ETO POSIDUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	ETO POSIDUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	ETO POSIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	ETO POSIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	ETO POSIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	ETO POSIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	ETO POSIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	ETO POSIDUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	ETO POSIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	ETO POSIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	ETO POSIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	ETO POSIDUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	ETO POSIDUM	C16.0	WPUST
80	ETO POSIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	ETO POSIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	ETO POSIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	ETO POSIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	ETO POSIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	ETO POSIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	ETO POSIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	ETO POSIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	ETO POSIDUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	ETO POSIDUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	ETOPOSIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	ETOPOSIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	ETOPOSIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	ETOPOSIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	ETOPOSIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	ETOPOSIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	ETOPOSIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	ETOPOSIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	ETOPOSIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	ETOPOSIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	ETOPOSIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	ETOPOSIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	ETOPOSIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	ETOPOSIDUM	C18.7	ESICA
104	ETOPOSIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	ETOPOSIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	ETOPOSIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	ETOPOSIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	ETOPOSIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	ETOPOSIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	ETOPOSIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	ETOPOSIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	ETOPOSIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	ETOPOSIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	ETO POSIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	ETO POSIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	ETO POSIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	ETO POSIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	ETO POSIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	ETO POSIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	ETO POSIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	ETO POSIDUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	ETO POSIDUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	ETO POSIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	ETO POSIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	ETO POSIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	ETO POSIDUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	ETO POSIDUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	ETO POSIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	ETO POSIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	ETO POSIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	ETO POSIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	ETO POSIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	ETO POSIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	ETO POSIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	ETO POSIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	ETO POSIDUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	ETOPOSIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	ETOPOSIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	ETOPOSIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	ETOPOSIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	ETOPOSIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	ETOPOSIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	ETOPOSIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	ETOPOSIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	ETOPOSIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	ETOPOSIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	ETOPOSIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	ETOPOSIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	ETOPOSIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	ETOPOSIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	ETOPOSIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	ETOPOSIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	ETOPOSIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	ETOPOSIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	ETOPOSIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	ETOPOSIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	ETOPOSIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	ETOPOSIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	ETOPOSIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	ETOPOSIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	ETOPOSIDUM	C38.0	SERCE
162	ETOPOSIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	ETOPOSIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	ETOPOSIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	ETOPOSIDUM	C38.4	OPLUCNA
166	ETOPOSIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167	ETOPOSIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	ETOPOSIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	ETOPOSIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	ETOPOSIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	ETOPOSIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	ETOPOSIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	ETOPOSIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	ETOPOSIDUM	C40.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	ETOPOSIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	ETOPOSIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	ETOPOSIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	ETOPOSIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	ETOPOSIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	ETOPOSIDUM	C41.1	ŻUCHWA
181	ETOPOSIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	ETOPOSIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	ETIOPSIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	ETIOPSIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	ETIOPSIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	ETIOPSIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	ETIOPSIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	ETIOPSIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	ETIOPSIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	ETIOPSIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	ETIOPSIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	ETIOPSIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	ETIOPSIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	ETIOPSIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	ETIOPSIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	ETIOPSIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	ETIOPSIDUM	C46	MIĘSAK KAPOSIEGO
198	ETIOPSIDUM	C46.0	MIĘSAK KAPOSIEGO SKÓRY
199	ETIOPSIDUM	C46.1	MIĘSAK KAPOSIEGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	ETIOPSIDUM	C46.2	MIĘSAK KAPOSIEGO PODNIEBIENIA
201	ETIOPSIDUM	C46.3	MIĘSAK KAPOSIEGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	ETIOPSIDUM	C46.7	MIĘSAK KAPOSIEGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	ETIOPSIDUM	C46.8	MIĘSAK KAPOSIEGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	ETIOPSIDUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY
205	ETIOPSIDUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	ETO POSIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	ETO POSIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	ETO POSIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	ETO POSIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	ETO POSIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	ETO POSIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	ETO POSIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	ETO POSIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	ETO POSIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	ETO POSIDUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	ETO POSIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	ETO POSIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	ETO POSIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	ETO POSIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	ETO POSIDUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	ETO POSIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	ETO POSIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	ETO POSIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	ETO POSIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	ETO POSIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	ETO POSIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	ETO POSIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	ETO POSIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	ETO POSIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	ETO POSIDUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
231	ETO POSIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	ETO POSIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
233	ETO POSIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
234	ETO POSIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235	ETO POSIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
236	ETO POSIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237	ETO POSIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
238	ETO POSIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
239	ETO POSIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	ETO POSIDUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	ETO POSIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	ETO POSIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	ETO POSIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
244	ETO POSIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	ETO POSIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	ETO POSIDUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	ETO POSIDUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	ETO POSIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	ETO POSIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	ETO POSIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	ETO POSIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	ETO POSIDUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	ETO POSIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	ETO POSIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	ETO POSIDUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
256	ETO POSIDUM	C54.3	DNO MACICY
257	ETO POSIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	ETO POSIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	ETO POSIDUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	ETO POSIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	ETO POSIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	ETO POSIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	ETO POSIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
264	ETO POSIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
265	ETO POSIDUM	C57.3	PRZYMATICZA
266	ETO POSIDUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
267	ETO POSIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	ETO POSIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	ETO POSIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	ETO POSIDUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	ETO POSIDUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	ETO POSIDUM	C60.0	NAPLETEK
273	ETO POSIDUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	ETO POSIDUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	ETO POSIDUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	ETO POSIDUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	ETO POSIDUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	ETO POSIDUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	ETO POSIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	ETO POSIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	ETO POSIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	ETO POSIDUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	ETO POSIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
284	ETO POSIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	ETO POSIDUM	C63.2	MOSZNA
286	ETO POSIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	ETO POSIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	ETO POSIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	ETO POSIDUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	ETO POSIDUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	ETO POSIDUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	ETO POSIDUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
293	ETO POSIDUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
294	ETO POSIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
295	ETO POSIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
296	ETO POSIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	ETO POSIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	ETO POSIDUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	ETO POSIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	ETIOPOSIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
301	ETIOPOSIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	ETIOPOSIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	ETIOPOSIDUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	ETIOPOSIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	ETIOPOSIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	ETIOPOSIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	ETIOPOSIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	ETIOPOSIDUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	ETIOPOSIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
310	ETIOPOSIDUM	C69.1	ROGÓWKA
311	ETIOPOSIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
312	ETIOPOSIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	ETIOPOSIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	ETIOPOSIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	ETIOPOSIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
316	ETIOPOSIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	ETIOPOSIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	ETIOPOSIDUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	ETIOPOSIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	ETIOPOSIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	ETIOPOSIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	ETIOPOSIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	ETIOPOSIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	ETOPOSIDUM	C71.1	PLAT CZOŁOWY
325	ETOPOSIDUM	C71.2	PLAT SKRONIOWY
326	ETOPOSIDUM	C71.3	PLAT CIEMIENOWY
327	ETOPOSIDUM	C71.4	PLAT POTYLICZNY
328	ETOPOSIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	ETOPOSIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
330	ETOPOSIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	ETOPOSIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	ETOPOSIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	ETOPOSIDUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	ETOPOSIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	ETOPOSIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
336	ETOPOSIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	ETOPOSIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
338	ETOPOSIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	ETOPOSIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	ETOPOSIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	ETOPOSIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	ETOPOSIDUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	ETOPOSIDUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	ETOPOSIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY
345	ETOPOSIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	ETOPOSIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	ETOPOSIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	ETOPOSIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	ETOPOSIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	ETOPOSIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	ETOPOSIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
352	ETOPOSIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
353	ETOPOSIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	ETOPOSIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	ETOPOSIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	ETOPOSIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	ETOPOSIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	ETOPOSIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	ETOPOSIDUM	C76.2	BRZUCH
360	ETOPOSIDUM	C76.3	MIEDNICA
361	ETOPOSIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	ETOPOSIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	ETOPOSIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	ETOPOSIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	ETOPOSIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	ETOPOSIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	ETOPOSIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	ETOPOSIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	ETOPOSIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	ETIOPOSIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	ETIOPOSIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	ETIOPOSIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	ETIOPOSIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	ETIOPOSIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
375	ETIOPOSIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	ETIOPOSIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	ETIOPOSIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	ETIOPOSIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	ETIOPOSIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	ETIOPOSIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	ETIOPOSIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	ETIOPOSIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	ETIOPOSIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	ETIOPOSIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	ETIOPOSIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	ETIOPOSIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	ETIOPOSIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	ETIOPOSIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	ETIOPOSIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	ETIOPOSIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	ETIOPOSIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	ETO POSIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	ETO POSIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	ETO POSIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	ETO POSIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
396	ETO POSIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	ETO POSIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	ETO POSIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	ETO POSIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	ETO POSIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	ETO POSIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	ETO POSIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	ETO POSIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	ETO POSIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	ETO POSIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	ETO POSIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	ETO POSIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	ETO POSIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	ETO POSIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	ETO POSIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	ETO POSIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	ETO POSIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	ETO POSIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	ETO POSIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	ETO POSIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	ETO POSIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	ETO POSIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	ETO POSIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	ETO POSIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	ETO POSIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	ETO POSIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	ETO POSIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	ETO POSIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	ETO POSIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	ETO POSIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	ETO POSIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	ETO POSIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	ETO POSIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	ETO POSIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	ETO POSIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	ETO POSIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	ETO POSIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	ETO POSIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	ETO POSIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	ETO POSIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	ETO POSIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	ETO POSIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	ETO POSIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	ETOPOSIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	ETOPOSIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNIKOMÓRKOWA
441	ETOPOSIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	ETOPOSIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	ETOPOSIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
444	ETOPOSIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	ETOPOSIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
446	ETOPOSIDUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	ETOPOSIDUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	ETOPOSIDUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	ETOPOSIDUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	ETOPOSIDUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	ETOPOSIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	ETOPOSIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	ETOPOSIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	ETOPOSIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	ETOPOSIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	ETOPOSIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	ETOPOSIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	ETOPOSIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	ETOPOSIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	ETOPOSIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	ETOPOSIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	ETOPOSIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	ETO POSIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	ETO POSIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	ETO POSIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	ETO POSIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	ETO POSIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	ETO POSIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	ETO POSIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	ETO POSIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	ETO POSIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	ETO POSIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	ETO POSIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	ETO POSIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	ETO POSIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	ETO POSIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	ETO POSIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	ETO POSIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	ETO POSIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	ETO POSIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	ETO POSIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	ETO POSIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	ETO POSIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	ETO POSIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	ETO POSIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
486	ETO POSIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	ETO POSIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	ETO POSIDUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	ETO POSIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
490	ETO POSIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	ETO POSIDUM	D01.2	ODBYTNICA
492	ETO POSIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	ETO POSIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	ETO POSIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	ETO POSIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	ETO POSIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	ETO POSIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
498	ETO POSIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	ETO POSIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
500	ETO POSIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	ETO POSIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	ETO POSIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	ETO POSIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	ETO POSIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	ETO POSIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	ETO POSIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	ETO POSIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	ETO POSIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	ETIOPOSIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	ETIOPOSIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	ETIOPOSIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	ETIOPOSIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	ETIOPOSIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	ETIOPOSIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	ETIOPOSIDUM	D07.1	SROM
516	ETIOPOSIDUM	D07.2	POCHWA
517	ETIOPOSIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	ETIOPOSIDUM	D07.4	PRĄCIE
519	ETIOPOSIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	ETIOPOSIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	ETIOPOSIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	ETIOPOSIDUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
523	ETIOPOSIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	ETIOPOSIDUM	D09.2	OKO
525	ETIOPOSIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	ETIOPOSIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	ETIOPOSIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	ETIOPOSIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	ETIOPOSIDUM	D10.0	WARGA
530	ETIOPOSIDUM	D10.1	JĘZYK
531	ETIOPOSIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	ETIOPOSIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	ETIOPSIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
534	ETIOPSIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	ETIOPSIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	ETIOPSIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	ETIOPSIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	ETIOPSIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	ETIOPSIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	ETIOPSIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	ETIOPSIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	ETIOPSIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICZY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	ETIOPSIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	ETIOPSIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	ETIOPSIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	ETIOPSIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	ETIOPSIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	ETIOPSIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	ETIOPSIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	ETIOPSIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	ETIOPSIDUM	D12.8	ODBYTNICA
552	ETIOPSIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	ETIOPSIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	ETIOPSIDUM	D13.0	PRZEŁYK
555	ETIOPSIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
556	ETIOPSIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	ETIOPSIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	ETIOPSIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	ETIOPSIDUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	ETIOPSIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	ETIOPSIDUM	D13.7	WSPY TRZUSTKI
562	ETIOPSIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	ETIOPSIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	ETIOPSIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	ETIOPSIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	ETIOPSIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	ETIOPSIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	ETIOPSIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	ETIOPSIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
570	ETIOPSIDUM	D15.0	GRASICA
571	ETIOPSIDUM	D15.1	SERCE
572	ETIOPSIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	ETIOPSIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	ETIOPSIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	ETIOPSIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	ETIOPSIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	ETIOPSIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	ETIOPSIDUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	ETO POSIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	ETO POSIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	ETO POSIDUM	D16.5	ŻUCHWA
582	ETO POSIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	ETO POSIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	ETO POSIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	ETO POSIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	ETO POSIDUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	ETO POSIDUM	D18.0	NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	ETO POSIDUM	D18.1	NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	ETO POSIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	ETO POSIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	ETO POSIDUM	D20.1	OTRZEWNA
592	ETO POSIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	ETO POSIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	ETO POSIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	ETO POSIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	ETO POSIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	ETO POSIDUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	ETO POSIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	ETO POSIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	ETO POSIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
601	ETIOPSIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	ETIOPSIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	ETIOPSIDUM	D28.0	SROM
604	ETIOPSIDUM	D28.1	POCHWA
605	ETIOPSIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	ETIOPSIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	ETIOPSIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	ETIOPSIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	ETIOPSIDUM	D29.0	PRĄCIE
610	ETIOPSIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	ETIOPSIDUM	D29.2	JĄDRO
612	ETIOPSIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
613	ETIOPSIDUM	D29.4	MOSZNA
614	ETIOPSIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	ETIOPSIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	ETIOPSIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	ETIOPSIDUM	D30.0	NERKA
618	ETIOPSIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	ETIOPSIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
620	ETIOPSIDUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
621	ETIOPSIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	ETIOPSIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	ETIOPSIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	ETIOPSIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	ETOPOSIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
626	ETOPOSIDUM	D31.1	ROGÓWKA
627	ETOPOSIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
628	ETOPOSIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
629	ETOPOSIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
630	ETOPOSIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
631	ETOPOSIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
632	ETOPOSIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
633	ETOPOSIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
634	ETOPOSIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
635	ETOPOSIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
636	ETOPOSIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
637	ETOPOSIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
638	ETOPOSIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
639	ETOPOSIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
640	ETOPOSIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
641	ETOPOSIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
642	ETOPOSIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
643	ETOPOSIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
644	ETOPOSIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
645	ETOPOSIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
646	ETOPOSIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
647	ETOPOSIDUM	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
648	ETOPOSIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
649	ETOPOSIDUM	D35.2	PRZYSADKA
650	ETOPOSIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
651	ETOPOSIDUM	D35.4	SZYSZYNKA
652	ETOPOSIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	ETOPOSIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
654	ETOPOSIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	ETOPOSIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	ETOPOSIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	ETOPOSIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	ETOPOSIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	ETOPOSIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	ETOPOSIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	ETOPOSIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	ETOPOSIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	ETOPOSIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	ETOPOSIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	ETOPOSIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
666	ETOPOSIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	ETOPOSIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
668	ETOPOSIDUM	D37.5	ODBYTNICA
669	ETOPOSIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	ETOPOSIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	ETOPOSIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	ETO POSIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	ETO POSIDUM	D38.0	KRTAŃ
674	ETO POSIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	ETO POSIDUM	D38.2	OPLUCNA
676	ETO POSIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	ETO POSIDUM	D38.4	GRASICA
678	ETO POSIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	ETO POSIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	ETO POSIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	ETO POSIDUM	D39.0	MACICA
682	ETO POSIDUM	D39.1	JAJNIK
683	ETO POSIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
684	ETO POSIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	ETO POSIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	ETO POSIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	ETO POSIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	ETO POSIDUM	D40.1	JĄDRO
689	ETO POSIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	ETO POSIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	ETO POSIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	ETO POSIDUM	D41.0	NERKA
693	ETO POSIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
694	ETIOPSIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
695	ETIOPSIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
696	ETIOPSIDUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
697	ETIOPSIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
698	ETIOPSIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
699	ETIOPSIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
700	ETIOPSIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
701	ETIOPSIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
702	ETIOPSIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
703	ETIOPSIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
704	ETIOPSIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
705	ETIOPSIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
706	ETIOPSIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
707	ETIOPSIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
708	ETIOPSIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
709	ETIOPSIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
710	ETIOPSIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
711	ETIOPSIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
712	ETIOPSIDUM	D44.0	TARCZYCA
713	ETIOPSIDUM	D44.1	NADNERCZA
714	ETIOPSIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
715	ETIOPSIDUM	D44.3	PRZYSADKA
716	ETIOPSIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
717	ETOPOSIDUM	D44.5	SZYSZYNKA
718	ETOPOSIDUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	ETOPOSIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZYWOJOWE
720	ETOPOSIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	ETOPOSIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	ETOPOSIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	ETOPOSIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	ETOPOSIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	ETOPOSIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	ETOPOSIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
727	ETOPOSIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	ETOPOSIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	ETOPOSIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	ETOPOSIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	ETOPOSIDUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	ETOPOSIDUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	ETOPOSIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	ETOPOSIDUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	ETOPOSIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	ETOPOSIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	ETOPOSIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	ETO POSIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	ETO POSIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	ETO POSIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	ETO POSIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	ETO POSIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNA
743	ETO POSIDUM	D48.4	OTRZEWNA
744	ETO POSIDUM	D48.5	SKÓRA
745	ETO POSIDUM	D48.6	SUTEK
746	ETO POSIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	ETO POSIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	ETO POSIDUM	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	ETO POSIDUM	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHOROBY PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	ETO POSIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	ETO POSIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	ETO POSIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	ETO POSIDUM	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	ETO POSIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	ETO POSIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	ETO POSIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	ETO POSIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	ETO POSIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	ETO POSIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	ETO POSIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	ETO POSIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.25.

FLUDARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FLUDARABINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2	FLUDARABINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	FLUDARABINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	FLUDARABINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	FLUDARABINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6	FLUDARABINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	FLUDARABINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	FLUDARABINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	FLUDARABINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	FLUDARABINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	FLUDARABINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	FLUDARABINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	FLUDARABINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	FLUDARABINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	FLUDARABINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	FLUDARABINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	FLUDARABINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	FLUDARABINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	FLUDARABINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	FLUDARABINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	FLUDARABINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	FLUDARABINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	FLUDARABINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	FLUDARABINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	FLUDARABINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	FLUDARABINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	FLUDARABINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28	FLUDARABINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	FLUDARABINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIODALNY
30	FLUDARABINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	FLUDARABINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	FLUDARABINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	FLUDARABINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	FLUDARABINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	FLUDARABINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	FLUDARABINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37	FLUDARABINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38	FLUDARABINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	FLUDARABINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40	FLUDARABINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41	FLUDARABINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42	FLUDARABINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUDARABINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44	FLUDARABINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	FLUDARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	FLUDARABINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	FLUDARABINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	FLUDARABINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	FLUDARABINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	FLUDARABINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
51	FLUDARABINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	FLUDARABINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	FLUDARABINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	FLUDARABINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	FLUDARABINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	FLUDARABINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	FLUDARABINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	FLUDARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	FLUDARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	FLUDARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	FLUDARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	FLUDARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	FLUDARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	FLUDARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	FLUDARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66	FLUDARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUDARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	FLUDARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	FLUDARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	FLUDARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	FLUDARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	FLUDARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	FLUDARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	FLUDARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	FLUDARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	FLUDARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	FLUDARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	FLUDARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	FLUDARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	FLUDARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	FLUDARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	FLUDARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
83	FLUDARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
84	FLUDARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
85	FLUDARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
86	FLUDARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
87	FLUDARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
88	FLUDARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
89	FLUDARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUDARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.26.

FLUOROURACILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FLUOROURACILUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	FLUOROURACILUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	FLUOROURACILUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	FLUOROURACILUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	FLUOROURACILUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	FLUOROURACILUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	FLUOROURACILUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	FLUOROURACILUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	FLUOROURACILUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	FLUOROURACILUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	FLUOROURACILUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	FLUOROURACILUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	FLUOROURACILUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	FLUOROURACILUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	FLUOROURACILUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	FLUOROURACILUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	FLUOROURACILUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	FLUOROURACILUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	FLUOROURACILUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	FLUORO URACILUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	FLUORO URACILUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	FLUORO URACILUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	FLUORO URACILUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	FLUORO URACILUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	FLUORO URACILUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	FLUORO URACILUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	FLUORO URACILUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	FLUORO URACILUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	FLUORO URACILUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	FLUORO URACILUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	FLUORO URACILUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	FLUORO URACILUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	FLUORO URACILUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	FLUORO URACILUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	FLUORO URACILUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	FLUORO URACILUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	FLUORO URACILUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	FLUORO URACILUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	FLUORO URACILUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	FLUORO URACILUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	FLUORO URACILUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	FLUORO URACILUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUORO URACILUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	FLUORO URACILUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	FLUORO URACILUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	FLUORO URACILUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	FLUORO URACILUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	FLUORO URACILUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	FLUORO URACILUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	FLUORO URACILUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	FLUORO URACILUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	FLUORO URACILUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	FLUORO URACILUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	FLUORO URACILUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	FLUORO URACILUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	FLUORO URACILUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	FLUORO URACILUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	FLUORO URACILUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	FLUORO URACILUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	FLUORO URACILUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	FLUORO URACILUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	FLUORO URACILUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	FLUORO URACILUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	FLUORO URACILUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	FLUORO URACILUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	FLUORO URACILUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUORO URACILUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	FLUORO URACILUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	FLUORO URACILUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	FLUORO URACILUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	FLUORO URACILUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	FLUORO URACILUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	FLUORO URACILUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	FLUORO URACILUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	FLUORO URACILUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	FLUORO URACILUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	FLUORO URACILUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	FLUORO URACILUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	FLUORO URACILUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	FLUORO URACILUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	FLUORO URACILUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	FLUORO URACILUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	FLUORO URACILUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	FLUORO URACILUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	FLUORO URACILUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	FLUORO URACILUM	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	FLUORO URACILUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	FLUORO URACILUM	C16.0	WPUST
89	FLUORO URACILUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUORO URACILUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	FLUORO URACILUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	FLUORO URACILUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	FLUORO URACILUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	FLUORO URACILUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	FLUORO URACILUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	FLUORO URACILUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	FLUORO URACILUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	FLUORO URACILUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	FLUORO URACILUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	FLUORO URACILUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	FLUORO URACILUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	FLUORO URACILUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	FLUORO URACILUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	FLUORO URACILUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	FLUORO URACILUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	FLUORO URACILUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	FLUORO URACILUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	FLUORO URACILUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	FLUORO URACILUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	FLUORO URACILUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	FLUORO URACILUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	FLUORO URACILUM	C18.7	ESICA
113	FLUORO URACILUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	FLUOROURACILUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	FLUOROURACILUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	FLUOROURACILUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	FLUOROURACILUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	FLUOROURACILUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	FLUOROURACILUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	FLUOROURACILUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	FLUOROURACILUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	FLUOROURACILUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	FLUOROURACILUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	FLUOROURACILUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	FLUOROURACILUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	FLUOROURACILUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	FLUOROURACILUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	FLUOROURACILUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	FLUOROURACILUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	FLUOROURACILUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	FLUOROURACILUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	FLUOROURACILUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	FLUOROURACILUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	FLUOROURACILUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	FLUOROURACILUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	FLUOROURACILUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	FLUOROURACILUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	FLUOROURACILUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	FLUOROURACILUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	FLUOROURACILUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	FLUOROURACILUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWDZIELNICZA TRZUSTKI
142	FLUOROURACILUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	FLUOROURACILUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	FLUOROURACILUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	FLUOROURACILUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	FLUOROURACILUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	FLUOROURACILUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	FLUOROURACILUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	FLUOROURACILUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	FLUOROURACILUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	FLUOROURACILUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	FLUOROURACILUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	FLUOROURACILUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	FLUOROURACILUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	FLUOROURACILUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	FLUOROURACILUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	FLUOROURACILUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	FLUOROURACILUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	FLUOROURACILUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	FLUOROURACILUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	FLUORO URACILUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	FLUORO URACILUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	FLUORO URACILUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	FLUORO URACILUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	FLUORO URACILUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	FLUORO URACILUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	FLUORO URACILUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	FLUORO URACILUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	FLUORO URACILUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	FLUORO URACILUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	FLUORO URACILUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	FLUORO URACILUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	FLUORO URACILUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	FLUORO URACILUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	FLUORO URACILUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	FLUORO URACILUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	FLUORO URACILUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	FLUORO URACILUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	FLUORO URACILUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	FLUORO URACILUM	C51.2	ŁECHTACZKA
181	FLUORO URACILUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	FLUORO URACILUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	FLUORO URACILUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	FLUORO URACILUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	FLUORO URACILUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	FLUORO URACILUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	FLUORO URACILUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	FLUORO URACILUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	FLUORO URACILUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	FLUORO URACILUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	FLUORO URACILUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	FLUORO URACILUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
193	FLUORO URACILUM	C54.3	DNO MACICY
194	FLUORO URACILUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	FLUORO URACILUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	FLUORO URACILUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	FLUORO URACILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	FLUORO URACILUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	FLUORO URACILUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	FLUORO URACILUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
201	FLUORO URACILUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
202	FLUORO URACILUM	C57.3	PRZYMACICZA
203	FLUORO URACILUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	FLUORO URACILUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	FLUORO URACILUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	FLUORO URACILUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	FLUORO URACILUM	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	FLUORO URACILUM	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	FLUORO URACILUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	FLUORO URACILUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	FLUORO URACILUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	FLUORO URACILUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	FLUORO URACILUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	FLUORO URACILUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	FLUORO URACILUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	FLUORO URACILUM	C76.2	BRZUCH
217	FLUORO URACILUM	C76.3	MIEDNICA
218	FLUORO URACILUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	FLUORO URACILUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	FLUORO URACILUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	FLUORO URACILUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	FLUORO URACILUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
223	FLUORO URACILUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	FLUORO URACILUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	FLUORO URACILUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	FLUORO URACILUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	FLUORO URACILUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	FLUORO URACILUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	FLUORO URACILUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	FLUORO URACILUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	FLUORO URACILUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	FLUORO URACILUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	FLUORO URACILUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	FLUORO URACILUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	FLUORO URACILUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	FLUORO URACILUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	FLUORO URACILUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	FLUORO URACILUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	FLUORO URACILUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	FLUORO URACILUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	FLUORO URACILUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	FLUORO URACILUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	FLUORO URACILUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	FLUORO URACILUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	FLUORO URACILUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	FLUORO URACILUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	FLUORO URACILUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	FLUORO URACILUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
249	FLUORO URACILUM	D48.4	OTRZEWNA
250	FLUORO URACILUM	D48.5	SKÓRA
251	FLUORO URACILUM	D48.6	SUTEK
252	FLUORO URACILUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	FLUORO URACILUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.27.

FULVESTRANT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FULVESTRANT	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	FULVESTRANT	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	FULVESTRANT	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	FULVESTRANT	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	FULVESTRANT	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	FULVESTRANT	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	FULVESTRANT	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	FULVESTRANT	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	FULVESTRANT	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	FULVESTRANT	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

GEMCITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	GEMCITABINE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2.	GEMCITABINE	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
3.	GEMCITABINE	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
4.	GEMCITABINE	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
5.	GEMCITABINE	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
6.	GEMCITABINE	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
7.	GEMCITABINE	C38.4	OPLUCNA
8.	GEMCITABINE	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
9.	GEMCITABINE	C45	MIĘDZYBŁONIAK
10.	GEMCITABINE	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
11.	GEMCITABINE	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
12.	GEMCITABINE	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
13.	GEMCITABINE	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i>
14.	GEMCITABINE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
15.	GEMCITABINE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
16.	GEMCITABINE	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
17.	GEMCITABINE	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18.	GEMCITABINE	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>w przypadku:</i> <i>nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i>
19.	GEMCITABINE	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>w przypadku:</i> <i>nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i>
20.	GEMCITABINE	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
21.	GEMCITABINE	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
22.	GEMCITABINE	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
23.	GEMCITABINE	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
24.	GEMCITABINE	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
25.	GEMCITABINE	C81	CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
26.	GEMCITABINE	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
27.	GEMCITABINE	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
28.	GEMCITABINE	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
29.	GEMCITABINE	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>

Załącznik C.29.

HYDROXYCARBAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	HYDROXYCARBAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
2	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
9	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
10	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
11	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
12	HYDROXYCARBAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
13	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
14	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
15	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
16	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
17	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
18	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
19	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
21	HYDROXYCARBAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
22	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
23	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
24	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
25	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
26	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
27	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
28	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
29	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
30	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
31	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
32	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
34	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
35	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
36	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
37	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	HYDROXYCARBAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
39	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
40	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	HYDROXYCARBAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	HYDROXYCARBAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	HYDROXYCARBAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	HYDROXYCARBAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	HYDROXYCARBAMIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	HYDROXYCARBAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
77	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
78	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	HYDROXYCARBAMIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	HYDROXYCARBAMIDUM	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.3	CECHA SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	HYDROXYCARBAMIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
90	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
91	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

Załącznik C.31.

IFOSFAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	IFOSFAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	IFOSFAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	IFOSFAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	IFOSFAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	IFOSFAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	IFOSFAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	IFOSFAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	IFOSFAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	IFOSFAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	IFOSFAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	IFOSFAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	IFOSFAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	IFOSFAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	IFOSFAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	IFOSFAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	IFOSFAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	IFOSFAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	IFOSFAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	IFOSFAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	IFOSFAMIDUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	IFOSFAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	IFOSFAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	IFOSFAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	IFOSFAMIDUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	IFOSFAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	IFOSFAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	IFOSFAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	IFOSFAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	IFOSFAMIDUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	IFOSFAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	IFOSFAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	IFOSFAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	IFOSFAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	IFOSFAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	IFOSFAMIDUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	IFOSFAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	IFOSFAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	IFOSFAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	IFOSFAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	IFOSFAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	IFOSFAMIDUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	IFOSFAMIDUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	IFOSFAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	IFOSFAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	IFOSFAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	IFOSFAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	IFOSFAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	IFOSFAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	IFOSFAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY)(PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	IFOSFAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	IFOSFAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	IFOSFAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	IFOSFAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	IFOSFAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	IFOSFAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	IFOSFAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	IFOSFAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	IFOSFAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	IFOSFAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	IFOSFAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	IFOSFAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	IFOSFAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	IFOSFAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	IFOSFAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	IFOSFAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	IFOSFAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	IFOSFAMIDUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	IFOSFAMIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPARYNX)
69	IFOSFAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKIPIERŚCIENIOWATEJ
70	IFOSFAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	IFOSFAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	IFOSFAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	IFOSFAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	IFOSFAMIDUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	IFOSFAMIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	IFOSFAMIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	IFOSFAMIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	IFOSFAMIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	IFOSFAMIDUM	C16.0	WPUST
80	IFOSFAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	IFOSFAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	IFOSFAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	IFOSFAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	IFOSFAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	IFOSFAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	IFOSFAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	IFOSFAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	IFOSFAMIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	IFOSFAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
90	IFOSFAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	IFOSFAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	IFOSFAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	IFOSFAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	IFOSFAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	IFOSFAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96	IFOSFAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	IFOSFAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	IFOSFAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	IFOSFAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	IFOSFAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	IFOSFAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	IFOSFAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	IFOSFAMIDUM	C18.7	ESICA
104	IFOSFAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	IFOSFAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	IFOSFAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	IFOSFAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	IFOSFAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	IFOSFAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	IFOSFAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	IFOSFAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	IFOSFAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
113	IFOSFAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	IFOSFAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	IFOSFAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	IFOSFAMIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	IFOSFAMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	IFOSFAMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	IFOSFAMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	IFOSFAMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	IFOSFAMIDUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	IFOSFAMIDUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	IFOSFAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	IFOSFAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	IFOSFAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	IFOSFAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	IFOSFAMIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	IFOSFAMIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	IFOSFAMIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	IFOSFAMIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	IFOSFAMIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	IFOSFAMIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	IFOSFAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	IFOSFAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	IFOSFAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	IFOSFAMIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137	IFOSFAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	IFOSFAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	IFOSFAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	IFOSFAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	IFOSFAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	IFOSFAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	IFOSFAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	IFOSFAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	IFOSFAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146	IFOSFAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	IFOSFAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	IFOSFAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	IFOSFAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	IFOSFAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	IFOSFAMIDUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
152	IFOSFAMIDUM	C32.0	GŁOŚNIA
153	IFOSFAMIDUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
154	IFOSFAMIDUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
155	IFOSFAMIDUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
156	IFOSFAMIDUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
157	IFOSFAMIDUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
158	IFOSFAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
159	IFOSFAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
160	IFOSFAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
161	IFOSFAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
162	IFOSFAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
163	IFOSFAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
164	IFOSFAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
165	IFOSFAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
166	IFOSFAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
167	IFOSFAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
168	IFOSFAMIDUM	C38.0	SERCE
169	IFOSFAMIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
170	IFOSFAMIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
171	IFOSFAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172	IFOSFAMIDUM	C38.4	OPLUCNA
173	IFOSFAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
174	IFOSFAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
175	IFOSFAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
176	IFOSFAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
177	IFOSFAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	IFOSFAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
179	IFOSFAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
180	IFOSFAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181	IFOSFAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
182	IFOSFAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183	IFOSFAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
184	IFOSFAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
185	IFOSFAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
186	IFOSFAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
187	IFOSFAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
188	IFOSFAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
189	IFOSFAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
190	IFOSFAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
191	IFOSFAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
192	IFOSFAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
193	IFOSFAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
194	IFOSFAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
195	IFOSFAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
196	IFO SFAMIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	IFO SFAMIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI T WARZY
198	IFO SFAMIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	IFO SFAMIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	IFO SFAMIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	IFO SFAMIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	IFO SFAMIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	IFO SFAMIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	IFO SFAMIDUM	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
205	IFO SFAMIDUM	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
206	IFO SFAMIDUM	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO T KANKI MIĘKKIEJ
207	IFO SFAMIDUM	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
208	IFO SFAMIDUM	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	IFO SFAMIDUM	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	IFO SFAMIDUM	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	IFO SFAMIDUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
212	IFO SFAMIDUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	IFO SFAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, T WARZY I SZYI
214	IFO SFAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	IFO SFAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	IFO SFAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	IFO SFAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	IFO SFAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	IFO SFAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	IFO SFAMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
221	IFOSFAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222	IFOSFAMIDUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	IFOSFAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
224	IFOSFAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
225	IFOSFAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
226	IFOSFAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
227	IFOSFAMIDUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	IFOSFAMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	IFOSFAMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	IFOSFAMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	IFOSFAMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
232	IFOSFAMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	IFOSFAMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	IFOSFAMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	IFOSFAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	IFOSFAMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
237	IFOSFAMIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
238	IFOSFAMIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
239	IFOSFAMIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
240	IFOSFAMIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241	IFOSFAMIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242	IFOSFAMIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243	IFOSFAMIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244	IFOSFAMIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
245	IFOSFAMIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
246	IFOSFAMIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
247	IFOSFAMIDUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
248	IFOSFAMIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
249	IFOSFAMIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
250	IFOSFAMIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
251	IFOSFAMIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
252	IFOSFAMIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
253	IFOSFAMIDUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	IFOSFAMIDUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
255	IFOSFAMIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
256	IFOSFAMIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
257	IFOSFAMIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
258	IFOSFAMIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
259	IFOSFAMIDUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
260	IFOSFAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
261	IFOSFAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
262	IFOSFAMIDUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
263	IFOSFAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
264	IFOSFAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
265	IFOSFAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
266	IFOSFAMIDUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	IFOSFAMIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	IFOSFAMIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	IFOSFAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	IFOSFAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	IFOSFAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁĘ MACICY
272	IFOSFAMIDUM	C57.3	PRZYMACICZA
273	IFOSFAMIDUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
274	IFOSFAMIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
275	IFOSFAMIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
276	IFOSFAMIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
277	IFOSFAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	IFOSFAMIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	IFOSFAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	IFOSFAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	IFOSFAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	IFOSFAMIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	IFOSFAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
284	IFOSFAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	IFOSFAMIDUM	C63.2	MOSZNA
286	IFOSFAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	IFOSFAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	IFOSFAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	IFOSFAMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	IFOSFAMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	IFOSFAMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	IFOSFAMIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	IFOSFAMIDUM	C67.0	TROJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	IFOSFAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	IFOSFAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
296	IFO SFAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	IFO SFAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	IFO SFAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	IFO SFAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	IFO SFAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
301	IFO SFAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	IFO SFAMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	IFO SFAMIDUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	IFO SFAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	IFO SFAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	IFO SFAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	IFO SFAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	IFO SFAMIDUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	IFO SFAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
310	IFO SFAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
311	IFO SFAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
312	IFO SFAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	IFO SFAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	IFO SFAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	IFO SFAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
316	IFO SFAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	IFO SFAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	IFO SFAMIDUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	IFO SFAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	IFO SFAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	IFOSFAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	IFOSFAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	IFOSFAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
324	IFOSFAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	IFOSFAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	IFOSFAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	IFOSFAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	IFOSFAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	IFOSFAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
330	IFOSFAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	IFOSFAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	IFOSFAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	IFOSFAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	IFOSFAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	IFOSFAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
336	IFOSFAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	IFOSFAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
338	IFOSFAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	IFOSFAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	IFOSFAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	IFOSFAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	IFOSFAMIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	IFOSFAMIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	IFOSFAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY
345	IFOSFAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	IFOSFAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
347	IFOSFAMIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	IFOSFAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	IFOSFAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	IFOSFAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	IFOSFAMIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
352	IFOSFAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
353	IFOSFAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	IFOSFAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	IFOSFAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	IFOSFAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	IFOSFAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	IFOSFAMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	IFOSFAMIDUM	C76.2	BRZUCH
360	IFOSFAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
361	IFOSFAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	IFOSFAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	IFOSFAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	IFOSFAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	IFOSFAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	IFOSFAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	IFOSFAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	IFOSFAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	IFOSFAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
370	IFOSFAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	IFOSFAMIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	IFOSFAMIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	IFOSFAMIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	IFOSFAMIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
375	IFOSFAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	IFOSFAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	IFOSFAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	IFOSFAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	IFOSFAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	IFOSFAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYT NICY
381	IFOSFAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWEJ
382	IFOSFAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	IFOSFAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	IFOSFAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	IFOSFAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	IFOSFAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	IFOSFAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	IFOSFAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	IFOSFAMIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	IFOSFAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	IFOSFAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	IFOSFAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	IFOSFAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	IFOSFAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	IFOSFAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	IFOSFAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	IFOSFAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	IFOSFAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	IFOSFAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	IFOSFAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	IFOSFAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	IFOSFAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	IFOSFAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	IFOSFAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	IFOSFAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	IFOSFAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	IFOSFAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	IFOSFAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	IFOSFAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	IFOSFAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	IFOSFAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	IFOSFAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	IFOSFAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	IFOSFAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415	IFOSFAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	IFOSFAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	IFOSFAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	IFOSFAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	IFOSFAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	IFOSFAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421	IFOSFAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	IFOSFAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	IFOSFAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	IFOSFAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	IFOSFAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	IFOSFAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	IFOSFAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	IFOSFAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	IFOSFAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	IFOSFAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	IFOSFAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	IFOSFAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	IFOSFAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	IFOSFAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	IFOSFAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	IFOSFAMIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	IFOSFAMIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	IFOSFAMIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
439	IFOSFAMIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	IFOSFAMIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	IFOSFAMIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	IFOSFAMIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	IFOSFAMIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	IFOSFAMIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	IFOSFAMIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
446	IFOSFAMIDUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	IFOSFAMIDUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	IFOSFAMIDUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	IFOSFAMIDUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	IFOSFAMIDUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	IFOSFAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	IFOSFAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	IFOSFAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	IFOSFAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	IFOSFAMIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	IFOSFAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	IFOSFAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	IFOSFAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	IFOSFAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	IFOSFAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	IFOSFAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	IFOSFAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	IFOSFAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	IFOSFAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	IFOSFAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	IFOSFAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	IFOSFAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	IFOSFAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	IFOSFAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	IFOSFAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	IFOSFAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	IFOSFAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	IFOSFAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	IFOSFAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	IFOSFAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	IFOSFAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	IFOSFAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	IFOSFAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	IFOSFAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	IFOSFAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	IFOSFAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	IFOSFAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	IFOSFAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	IFOSFAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	IFOSFAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
486	IFOSFAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	IFOSFAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	IFOSFAMIDUM	D01	RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	IFOSFAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
490	IFOSFAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	IFOSFAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
492	IFOSFAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	IFOSFAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	IFOSFAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
495	IFOSFAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	IFOSFAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	IFOSFAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
498	IFOSFAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	IFOSFAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	IFOSFAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	IFOSFAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	IFOSFAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	IFOSFAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	IFOSFAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	IFOSFAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	IFOSFAMIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	IFOSFAMIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	IFOSFAMIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
509	IFOSFAMIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	IFOSFAMIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	IFOSFAMIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	IFOSFAMIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	IFOSFAMIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	IFOSFAMIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	IFOSFAMIDUM	D07.1	SROM
516	IFOSFAMIDUM	D07.2	POCHWA
517	IFOSFAMIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	IFOSFAMIDUM	D07.4	PRĄCIE
519	IFOSFAMIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
520	IFOSFAMIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	IFOSFAMIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	IFOSFAMIDUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	IFOSFAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	IFOSFAMIDUM	D09.2	OKO
525	IFOSFAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	IFOSFAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	IFOSFAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	IFOSFAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	IFOSFAMIDUM	D10.0	WARGA
530	IFOSFAMIDUM	D10.1	JĘZYK
531	IFOSFAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	IFOSFAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
533	IFOSFAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
534	IFOSFAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	IFOSFAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	IFOSFAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	IFOSFAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	IFOSFAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	IFOSFAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	IFOSFAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	IFOSFAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	IFOSFAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	IFOSFAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	IFOSFAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
545	IFOSFAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	IFOSFAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	IFOSFAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	IFOSFAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	IFOSFAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	IFOSFAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	IFOSFAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
552	IFOSFAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	IFOSFAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	IFOSFAMIDUM	D13.0	PRZĘLYK
555	IFOSFAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	IFOSFAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	IFOSFAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	IFOSFAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	IFOSFAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	IFOSFAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	IFOSFAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	IFOSFAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	IFOSFAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	IFOSFAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	IFOSFAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	IFOSFAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	IFOSFAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	IFOSFAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	IFOSFAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
570	IFOSFAMIDUM	D15.0	GRASICA
571	IFOSFAMIDUM	D15.1	SERCE
572	IFOSFAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	IFOSFAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	IFOSFAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	IFOSFAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	IFOSFAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	IFOSFAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	IFOSFAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
579	IFOSFAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	IFOSFAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	IFOSFAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
582	IFOSFAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	IFOSFAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	IFOSFAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	IFOSFAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	IFOSFAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
587	IFOSFAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
588	IFOSFAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
589	IFOSFAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
590	IFOSFAMIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
591	IFOSFAMIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
592	IFOSFAMIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
593	IFOSFAMIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
594	IFOSFAMIDUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
595	IFOSFAMIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
596	IFOSFAMIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
597	IFOSFAMIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
598	IFOSFAMIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
599	IFOSFAMIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
600	IFOSFAMIDUM	D28.0	SROM
601	IFOSFAMIDUM	D28.1	POCHWA
602	IFOSFAMIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
603	IFOSFAMIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
604	IFOSFAMIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
605	IFOSFAMIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
606	IFOSFAMIDUM	D29.0	PRĄCIE
607	IFOSFAMIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
608	IFOSFAMIDUM	D29.2	JĄDRO
609	IFOSFAMIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
610	IFOSFAMIDUM	D29.4	MOSZNA
611	IFOSFAMIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
612	IFOSFAMIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
613	IFOSFAMIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
614	IFOSFAMIDUM	D30.0	NERKA
615	IFOSFAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
616	IFOSFAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
617	IFOSFAMIDUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
618	IFOSFAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	IFOSFAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
620	IFOSFAMIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	IFOSFAMIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	IFOSFAMIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
623	IFOSFAMIDUM	D31.1	ROGÓWKA
624	IFOSFAMIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
625	IFOSFAMIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	IFOSFAMIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	IFOSFAMIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	IFOSFAMIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	IFOSFAMIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	IFOSFAMIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	IFOSFAMIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	IFOSFAMIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	IFOSFAMIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	IFOSFAMIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	IFOSFAMIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	IFOSFAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	IFOSFAMIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	IFOSFAMIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	IFOSFAMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	IFOSFAMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	IFOSFAMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	IFOSFAMIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	IFOSFAMIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	IFOSFAMIDUM	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645	IFOSFAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
646	IFOSFAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
647	IFOSFAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
648	IFOSFAMIDUM	D35.4	SZYSZYNKA
649	IFOSFAMIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	IFOSFAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
651	IFOSFAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
652	IFOSFAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
653	IFOSFAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
654	IFOSFAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
655	IFOSFAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
656	IFOSFAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
657	IFOSFAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
658	IFOSFAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
659	IFOSFAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
660	IFOSFAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
661	IFOSFAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
662	IFOSFAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
663	IFOSFAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
664	IFOSFAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
665	IFOSFAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
666	IFOSFAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
667	IFOSFAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
668	IFOSFAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
669	IFOSFAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	IFOSFAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
671	IFOSFAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
672	IFOSFAMIDUM	D38.2	OPLUCNA
673	IFOSFAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
674	IFOSFAMIDUM	D38.4	GRASICA
675	IFOSFAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
676	IFOSFAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
677	IFOSFAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
678	IFOSFAMIDUM	D39.0	MACICA
679	IFOSFAMIDUM	D39.1	JAJNIK
680	IFOSFAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
681	IFOSFAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
682	IFOSFAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
683	IFOSFAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
684	IFOSFAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
685	IFOSFAMIDUM	D40.1	JĄDRO
686	IFOSFAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
687	IFOSFAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
688	IFOSFAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
689	IFOSFAMIDUM	D41.0	NERKA
690	IFOSFAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
691	IFOSFAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
692	IFOSFAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
693	IFOSFAMIDUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
694	IFOSFAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	IFOSFAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
696	IFOSFAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
697	IFOSFAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
698	IFOSFAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
699	IFOSFAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
700	IFOSFAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
701	IFOSFAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
702	IFOSFAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
703	IFOSFAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
704	IFOSFAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
705	IFOSFAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
706	IFOSFAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
707	IFOSFAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
708	IFOSFAMIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
709	IFOSFAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
710	IFOSFAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
711	IFOSFAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
712	IFOSFAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
713	IFOSFAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
714	IFOSFAMIDUM	D44.5	SZYSZYNKI
715	IFOSFAMIDUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
716	IFOSFAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
717	IFOSFAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
718	IFOSFAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
719	IFOSFAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720	IFOSFAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	IFOSFAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	IFOSFAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	IFOSFAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	IFOSFAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	IFOSFAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	IFOSFAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
727	IFOSFAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
728	IFOSFAMIDUM	D48.5	SKÓRA
729	IFOSFAMIDUM	D48.6	SUTEK
730	IFOSFAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	IFOSFAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	IFOSFAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	IFOSFAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	IFOSFAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	IFOSFAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	IFOSFAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	IFOSFAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	IFOSFAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	IFOSFAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
740	IFOSFAMIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	IFOSFAMIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

IRINOTECANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IRINOTECANUM	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	IRINOTECANUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	IRINOTECANUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	IRINOTECANUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	IRINOTECANUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	IRINOTECANUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	IRINOTECANUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	IRINOTECANUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	IRINOTECANUM	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	IRINOTECANUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	IRINOTECANUM	C16.0	WPUST
12.	IRINOTECANUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	IRINOTECANUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	IRINOTECANUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	IRINOTECANUM	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	IRINOTECANUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	IRINOTECANUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	IRINOTECANUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	IRINOTECANUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	IRINOTECANUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	IRINOTECANUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	IRINOTECANUM	C17.1	JELITO CZCZE
23.	IRINOTECANUM	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	IRINOTECANUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	IRINOTECANUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	IRINOTECANUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	IRINOTECANUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	IRINOTECANUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	IRINOTECANUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	IRINOTECANUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	IRINOTECANUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	IRINOTECANUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	IRINOTECANUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	IRINOTECANUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	IRINOTECANUM	C18.7	ESICA
36.	IRINOTECANUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	IRINOTECANUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	IRINOTECANUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	IRINOTECANUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	IRINOTECANUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	IRINOTECANUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	IRINOTECANUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	IRINOTECANUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	IRINOTECANUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	IRINOTECANUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	IRINOTECANUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	IRINOTECANUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48.	IRINOTECANUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	IRINOTECANUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	IRINOTECANUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	IRINOTECANUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	IRINOTECANUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	IRINOTECANUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	IRINOTECANUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	IRINOTECANUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	IRINOTECANUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	IRINOTECANUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	IRINOTECANUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	IRINOTECANUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	IRINOTECANUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	IRINOTECANUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	IRINOTECANUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	IRINOTECANUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	IRINOTECANUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	IRINOTECANUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	IRINOTECANUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	IRINOTECANUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	IRINOTECANUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	IRINOTECANUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	IRINOTECANUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	IRINOTECANUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	IRINOTECANUM	C41.1	ŻUCHWA
73.	IRINOTECANUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	IRINOTECANUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	IRINOTECANUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	IRINOTECANUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	IRINOTECANUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	IRINOTECANUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY
79.	IRINOTECANUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	IRINOTECANUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	IRINOTECANUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	IRINOTECANUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	IRINOTECANUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	IRINOTECANUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	IRINOTECANUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	IRINOTECANUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	IRINOTECANUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	IRINOTECANUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	IRINOTECANUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	IRINOTECANUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	IRINOTECANUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	IRINOTECANUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	IRINOTECANUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	IRINOTECANUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	IRINOTECANUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	IRINOTECANUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	IRINOTECANUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	IRINOTECANUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	IRINOTECANUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
100.	IRINOTECANUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	IRINOTECANUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	IRINOTECANUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	IRINOTECANUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	IRINOTECANUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	IRINOTECANUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	IRINOTECANUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	IRINOTECANUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	IRINOTECANUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	IRINOTECANUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	IRINOTECANUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
111.	IRINOTECANUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
112.	IRINOTECANUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
113.	IRINOTECANUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
114.	IRINOTECANUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
115.	IRINOTECANUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
116.	IRINOTECANUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
117.	IRINOTECANUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	IRINOTECANUM	C67.7	MOCZOWNIK
119.	IRINOTECANUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
120.	IRINOTECANUM	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	IRINOTECANUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	IRINOTECANUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓWIKOMÓR
123.	IRINOTECANUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	IRINOTECANUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	IRINOTECANUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
126.	IRINOTECANUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
127.	IRINOTECANUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	IRINOTECANUM	C71.6	MÓZDŻEK
129.	IRINOTECANUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	IRINOTECANUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	IRINOTECANUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	IRINOTECANUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	IRINOTECANUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	IRINOTECANUM	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	IRINOTECANUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	IRINOTECANUM	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	IRINOTECANUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	IRINOTECANUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	IRINOTECANUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	IRINOTECANUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.a.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	LANREOTIDUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	LANREOTIDUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	LANREOTIDUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	LANREOTIDUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	LANREOTIDUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	LANREOTIDUM	C15.5	DOŁNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	LANREOTIDUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	LANREOTIDUM	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	LANREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	LANREOTIDUM	C16.0	WPUST
12.	LANREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	LANREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	LANREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	LANREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	LANREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	LANREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	LANREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	LANREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	LANREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	LANREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
22.	LANREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	LANREO TIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	LANREO TIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	LANREO TIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	LANREO TIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	LANREO TIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	LANREO TIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	LANREO TIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	LANREO TIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	LANREO TIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	LANREO TIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	LANREO TIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	LANREO TIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	LANREO TIDUM	C18.7	ESICA
36.	LANREO TIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	LANREO TIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	LANREO TIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	LANREO TIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	LANREO TIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	LANREO TIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	LANREO TIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	LANREO TIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	LANREO TIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	LANREO TIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	LANREO TIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	LANREO TIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	LANREO TIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	LANREO TIDUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	LANREO TIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	LANREO TIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	LANREO TIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	LANREO TIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	LANREO TIDUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	LANREO TIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	LANREO TIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	LANREO TIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	LANREO TIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	LANREO TIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	LANREO TIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	LANREO TIDUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	LANREO TIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	LANREO TIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	LANREO TIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	LANREO TIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
66.	LANREO TIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	LANREO TIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZYWOJOWE
68.	LANREO TIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	LANREO TIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	LANREO TIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	LANREO TIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	LANREO TIDUM	E34.2	EKT OPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	LANREO TIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZ WYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	LANREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

MELPHALANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MELPHALANUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	MELPHALANUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	MELPHALANUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	MELPHALANUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	MELPHALANUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	MELPHALANUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	MELPHALANUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	MELPHALANUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	MELPHALANUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	MELPHALANUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	MELPHALANUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	MELPHALANUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	MELPHALANUM	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	MELPHALANUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	MELPHALANUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	MELPHALANUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	MELPHALANUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	MELPHALANUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	MELPHALANUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	MELPHALANUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	MELPHALANUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	MELPHALANUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	MELPHALANUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	MELPHALANUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	MELPHALANUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	MELPHALANUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	MELPHALANUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	MELPHALANUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	MELPHALANUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	MELPHALANUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	MELPHALANUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	MELPHALANUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	MELPHALANUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	MELPHALANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
35.	MELPHALANUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
36.	MELPHALANUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	MELPHALANUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	MELPHALANUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
39.	MELPHALANUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
40.	MELPHALANUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
41.	MELPHALANUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
42.	MELPHALANUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
43.	MELPHALANUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
44.	MELPHALANUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
45.	MELPHALANUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
46.	MELPHALANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
47.	MELPHALANUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
48.	MELPHALANUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
49.	MELPHALANUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
50.	MELPHALANUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
51.	MELPHALANUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
52.	MELPHALANUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	MELPHALANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	MELPHALANUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	MELPHALANUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
56.	MELPHALANUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	MELPHALANUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	MELPHALANUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	MELPHALANUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	MELPHALANUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
61.	MELPHALANUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	MELPHALANUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

MERCAPTOPURINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MERCAPTOPURINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	MERCAPTOPURINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	MERCAPTOPURINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	MERCAPTOPURINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	MERCAPTOPURINUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	MERCAPTOPURINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7.	MERCAPTOPURINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	MERCAPTOPURINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	MERCAPTOPURINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	MERCAPTOPURINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	MERCAPTOPURINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	MERCAPTOPURINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	MERCAPTOPURINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	MERCAPTOPURINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	MERCAPTOPURINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	MERCAPTOPURINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	MERCAPTOPURINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	MERCAPTOPURINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	MERCAPTOPURINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	MERCAPTOPURINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	MERCAPTOPURINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	MERCAPTOPURINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	MERCAPTOPURINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24.	MERCAPTOPURINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	MERCAPTOPURINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	MERCAPTOPURINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	MERCAPTOPURINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28.	MERCAPTOPURINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	MERCAPTOPURINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	MERCAPTOPURINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	MERCAPTOPURINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	MERCAPTOPURINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	MERCAPTOPURINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	MERCAPTOPURINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	MERCAPTOPURINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	MERCAPTOPURINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	MERCAPTOPURINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	MERCAPTOPURINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39.	MERCAPTOPURINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	MERCAPTOPURINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	MERCAPTOPURINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	MERCAPTOPURINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	MERCAPTOPURINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	MERCAPTOPURINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
45.	MERCAPTOPURINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MERCAPTOPURINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
47.	MERCAPTOPURINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48.	MERCAPTOPURINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
49.	MERCAPTOPURINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
50.	MERCAPTOPURINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
51.	MERCAPTOPURINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
52.	MERCAPTOPURINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
53.	MERCAPTOPURINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
54.	MERCAPTOPURINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
55.	MERCAPTOPURINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56.	MERCAPTOPURINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57.	MERCAPTOPURINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
58.	MERCAPTOPURINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
59.	MERCAPTOPURINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
60.	MERCAPTOPURINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
61.	MERCAPTOPURINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
62.	MERCAPTOPURINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
63.	MERCAPTOPURINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64.	MERCAPTOPURINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65.	MERCAPTOPURINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66.	MERCAPTOPURINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67.	MERCAPTOPURINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
68.	MERCAPTOPURINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
69.	MERCAPTOPURINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
70.	MERCAPTOPURINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
71.	MERCAPTOPURINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
72.	MERCAPTOPURINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
73.	MERCAPTOPURINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
74.	MERCAPTOPURINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
75.	MERCAPTOPURINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
76.	MERCAPTOPURINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
77.	MERCAPTOPURINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78.	MERCAPTOPURINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79.	MERCAPTOPURINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80.	MERCAPTOPURINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81.	MERCAPTOPURINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	MERCAPTOPURINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
83.	MERCAPTOPURINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
84.	MERCAPTOPURINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
85.	MERCAPTOPURINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
86.	MERCAPTOPURINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
87.	MERCAPTOPURINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
88.	MERCAPTOPURINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
89.	MERCAPTOPURINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
90.	MERCAPTOPURINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
91.	MERCAPTOPURINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
92.	MERCAPTOPURINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
93.	MERCAPTOPURINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
94.	MERCAPTOPURINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
95.	MERCAPTOPURINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
96.	MERCAPTOPURINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
97.	MERCAPTOPURINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
98.	MERCAPTOPURINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
99.	MERCAPTOPURINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
100.	MERCAPTOPURINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
101.	MERCAPTOPURINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
102.	MERCAPTOPURINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
103.	MERCAPTOPURINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
104.	MERCAPTOPURINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
105.	MERCAPTOPURINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
106.	MERCAPTOPURINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
107.	MERCAPTOPURINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
108.	MERCAPTOPURINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.41.

METHOTREXATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MEIHO TREXATUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	MEIHO TREXATUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	MEIHO TREXATUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	MEIHO TREXATUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	MEIHO TREXATUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	MEIHO TREXATUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	MEIHO TREXATUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	MEIHO TREXATUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	MEIHO TREXATUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	MEIHO TREXATUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	MEIHO TREXATUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	MEIHO TREXATUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	MEIHO TREXATUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	MEIHO TREXATUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	MEIHO TREXATUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	MEIHO TREXATUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	MEIHO TREXATUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	MEIHO TREXATUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	MEIHO TREXATUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	MEIHO TREXATUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	MEIHO TREXATUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	MEIHO TREXATUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	MEIHO TREXATUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	MEIHO TREXATUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	MEIHO TREXATUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	MEIHO TREXATUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	MEIHO TREXATUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	MEIHO TREXATUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	MEIHO TREXATUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	MEIHO TREXATUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	MEIHO TREXATUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	MEIHO TREXATUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	MEIHO TREXATUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	MEIHO TREXATUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	MEIHO TREXATUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	MEIHO TREXATUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	MEIHO TREXATUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	MEIHO TREXATUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	MEIHO TREXATUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	MEIHO TREXATUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	MEIHO TREXATUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	MEIHO TREXATUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	MEIHO TREXATUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	MEIHO TREXATUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	MEIHO TREXATUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MEIHO TREXATUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	MEIHO TREXATUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	MEIHO TREXATUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	MEIHO TREXATUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	MEIHO TREXATUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	MEIHO TREXATUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	MEIHO TREXATUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	MEIHO TREXATUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	MEIHO TREXATUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	MEIHO TREXATUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	MEIHO TREXATUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	MEIHO TREXATUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	MEIHO TREXATUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	MEIHO TREXATUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	MEIHO TREXATUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	MEIHO TREXATUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	MEIHO TREXATUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	MEIHO TREXATUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	MEIHO TREXATUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	MEIHO TREXATUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	MEIHO TREXATUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	MEIHO TREXATUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	MEIHO TREXATUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPARYNX)
69.	MEIHO TREXATUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	MEIHO TREXATUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	MEIHO TREXATUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	MEIHO TREXATUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	MEIHO TREXATUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	MEIHO TREXATUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	MEIHO TREXATUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	MEIHO TREXATUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	MEIHO TREXATUM	C30	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	MEIHO TREXATUM	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	MEIHO TREXATUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	MEIHO TREXATUM	C31	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	MEIHO TREXATUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	MEIHO TREXATUM	C31.1	KOMÓRKI SIOWE
83.	MEIHO TREXATUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	MEIHO TREXATUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	MEIHO TREXATUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	MEIHO TREXATUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	MEIHO TREXATUM	C32	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	MEIHO TREXATUM	C32.0	GŁOŚNIA
89.	MEIHO TREXATUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	MEIHO TREXATUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	MEIHO TREXATUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	MEIHO TREXATUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	MEIHO TREXATUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	MEIHO TREXATUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	MEIHO TREXATUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	MEIHO TREXATUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	MEIHO TREXATUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	MEIHO TREXATUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	MEIHO TREXATUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	MEIHO TREXATUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	MEIHO TREXATUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
102.	MEIHO TREXATUM	C38.0	SERCE
103.	MEIHO TREXATUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	MEIHO TREXATUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	MEIHO TREXATUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	MEIHO TREXATUM	C38.4	OPLUCNA
107.	MEIHO TREXATUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
108.	MEIHO TREXATUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	MEIHO TREXATUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	MEIHO TREXATUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	MEIHO TREXATUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	MEIHO TREXATUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	MEIHO TREXATUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	MEIHO TREXATUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	MEIHO TREXATUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	MEIHO TREXATUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	MEIHO TREXATUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	MEIHO TREXATUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	MEIHO TREXATUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	MEIHO TREXATUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	MEIHO TREXATUM	C41.1	ŻUCHWA
122.	MEIHO TREXATUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	MEIHO TREXATUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	MEIHO TREXATUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	MEIHO TREXATUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	MEIHO TREXATUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	MEIHO TREXATUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	MEIHO TREXATUM	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	MEIHO TREXATUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	MEIHO TREXATUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	MEIHO TREXATUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	MEIHO TREXATUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	MEIHO TREXATUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	MEIHO TREXATUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	MEIHO TREXATUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	MEIHO TREXATUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	MEIHO TREXATUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	MEIHO TREXATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	MEIHO TREXATUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	MEIHO TREXATUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	MEIHO TREXATUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	MEIHO TREXATUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	MEIHO TREXATUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	MEIHO TREXATUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	MEIHO TREXATUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	MEIHO TREXATUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	MEIHO TREXATUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	MEIHO TREXATUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	MEIHO TREXATUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	MEIHO TREXATUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	MEIHO TREXATUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	MEIHO TREXATUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	MEIHO TREXATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	MEIHO TREXATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	MEIHO TREXATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	MEIHO TREXATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	MEIHO TREXATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	MEIHO TREXATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	MEIHO TREXATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	MEIHO TREXATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	MEIHO TREXATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	MEIHO TREXATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	MEIHO TREXATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	MEIHO TREXATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	MEIHO TREXATUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	MEIHO TREXATUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	MEIHO TREXATUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	MEIHO TREXATUM	C57.3	PRZYMACICZA
169.	MEIHO TREXATUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	MEIHO TREXATUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	MEIHO TREXATUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	MEIHO TREXATUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	MEIHO TREXATUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	MEIHO TREXATUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	MEIHO TREXATUM	C60.0	NAPLETEK
176.	MEIHO TREXATUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	MEIHO TREXATUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	MEIHO TREXATUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	MEIHO TREXATUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	MEIHO TREXATUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	MEIHO TREXATUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	MEIHO TREXATUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	MEIHO TREXATUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	MEIHO TREXATUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	MEIHO TREXATUM	C63.0	NAJĄDRZE
186.	MEIHO TREXATUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	MEIHO TREXATUM	C63.2	MOSZNA
188.	MEIHO TREXATUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	MEIHO TREXATUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	MEIHO TREXATUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	MEIHO TREXATUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	MEIHO TREXATUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
193.	MEIHO TREXATUM	C67.0	T RÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
194.	MEIHO TREXATUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	MEIHO TREXATUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	MEIHO TREXATUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	MEIHO TREXATUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	MEIHO TREXATUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	MEIHO TREXATUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	MEIHO TREXATUM	C67.7	MOCZOWNIK
201.	MEIHO TREXATUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	MEIHO TREXATUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	MEIHO TREXATUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	MEIHO TREXATUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	MEIHO TREXATUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	MEIHO TREXATUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	MEIHO TREXATUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	MEIHO TREXATUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	MEIHO TREXATUM	C71.6	MÓZDŻEK
210.	MEIHO TREXATUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	MEIHO TREXATUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	MEIHO TREXATUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	MEIHO TREXATUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	MEIHO TREXATUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	MEIHO TREXATUM	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	MEIHO TREXATUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	MEIHO TREXATUM	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	MEIHO TREXATUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	MEIHO TREXATUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	MEIHO TREXATUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	MEIHO TREXATUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	MEIHO TREXATUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
223.	MEIHO TREXATUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	MEIHO TREXATUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	MEIHO TREXATUM	C76.2	BRZUCH
226.	MEIHO TREXATUM	C76.3	MIEDNICA
227.	MEIHO TREXATUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	MEIHO TREXATUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	MEIHO TREXATUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	MEIHO TREXATUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	MEIHO TREXATUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	MEIHO TREXATUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	MEIHO TREXATUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	MEIHO TREXATUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	MEIHO TREXATUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	MEIHO TREXATUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	MEIHO TREXATUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	MEIHO TREXATUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	MEIHO TREXATUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	MEIHO TREXATUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	MEIHO TREXATUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	MEIHO TREXATUM	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	MEIHO TREXATUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	MEIHO TREXATUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	MEIHO TREXATUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	MEIHO TREXATUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	MEIHO TREXATUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	MEIHO TREXATUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	MEIHO TREXATUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	MEIHO TREXATUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	MEIHO TREXATUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	MEIHO TREXATUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	MEIHO TREXATUM	C82.7	INNE POST ACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	MEIHO TREXATUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	MEIHO TREXATUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	MEIHO TREXATUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	MEIHO TREXATUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	MEIHO TREXATUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	MEIHO TREXATUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	MEIHO TREXATUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	MEIHO TREXATUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	MEIHO TREXATUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	MEIHO TREXATUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
264.	MEIHO TREXATUM	C83.8	INNE POST ACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	MEIHO TREXATUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	MEIHO TREXATUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	MEIHO TREXATUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	MEIHO TREXATUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	MEIHO TREXATUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	MEIHO TREXATUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	MEIHO TREXATUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	MEIHO TREXATUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	MEIHO TREXATUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	MEIHO TREXATUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
275.	MEIHO TREXATUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	MEIHO TREXATUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	MEIHO TREXATUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	MEIHO TREXATUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	MEIHO TREXATUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	MEIHO TREXATUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	MEIHO TREXATUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	MEIHO TREXATUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	MEIHO TREXATUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	MEIHO TREXATUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	MEIHO TREXATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
286.	MEIHO TREXATUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	MEIHO TREXATUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
288.	MEIHO TREXATUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	MEIHO TREXATUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	MEIHO TREXATUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	MEIHO TREXATUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	MEIHO TREXATUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
293.	MEIHO TREXATUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	MEIHO TREXATUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	MEIHO TREXATUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	MEIHO TREXATUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	MEIHO TREXATUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	MEIHO TREXATUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	MEIHO TREXATUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	MEIHO TREXATUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	MEIHO TREXATUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	MEIHO TREXATUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	MEIHO TREXATUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	MEIHO TREXATUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	MEIHO TREXATUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	MEIHO TREXATUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	MEIHO TREXATUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	MEIHO TREXATUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	MEIHO TREXATUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	MEIHO TREXATUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	MEIHO TREXATUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	MEIHO TREXATUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	MEIHO TREXATUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	MEIHO TREXATUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	MEIHO TREXATUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	MEIHO TREXATUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	MEIHO TREXATUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	MEIHO TREXATUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	MEIHO TREXATUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	MEIHO TREXATUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	MEIHO TREXATUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	MEIHO TREXATUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	MEIHO TREXATUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	MEIHO TREXATUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	MEIHO TREXATUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	MEIHO TREXATUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	MEIHO TREXATUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	MEIHO TREXATUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	MEIHO TREXATUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	MEIHO TREXATUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	MEIHO TREXATUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	MEIHO TREXATUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	MEIHO TREXATUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	MEIHO TREXATUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	MEIHO TREXATUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	MEIHO TREXATUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	MEIHO TREXATUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	MEIHO TREXATUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	MEIHO TREXATUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	MEIHO TREXATUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	MEIHO TREXATUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
342.	MEIHO TREXATUM	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	MEIHO TREXATUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	MEIHO TREXATUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	MEIHO TREXATUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	MEIHO TREXATUM	D39.0	MACICA
347.	MEIHO TREXATUM	D39.1	JAJNIK
348.	MEIHO TREXATUM	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	MEIHO TREXATUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	MEIHO TREXATUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	MEIHO TREXATUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	MEIHO TREXATUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	MEIHO TREXATUM	D40.1	JĄDRO
354.	MEIHO TREXATUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	MEIHO TREXATUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	MEIHO TREXATUM	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	MEIHO TREXATUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	MEIHO TREXATUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	MEIHO TREXATUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	MEIHO TREXATUM	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	MEIHO TREXATUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIAOTOWE
362.	MEIHO TREXATUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIAOTOWE
363.	MEIHO TREXATUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	MEIHO TREXATUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	MEIHO TREXATUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	MEIHO TREXATUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	MEIHO TREXATUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	MEIHO TREXATUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	MEIHO TREXATUM	D44.5	SZYSZYNKA
370.	MEIHO TREXATUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	MEIHO TREXATUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
372.	MEIHO TREXATUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	MEIHO TREXATUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	MEIHO TREXATUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
375.	MEIHO TREXATUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
376.	MEIHO TREXATUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	MEIHO TREXATUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
378.	MEIHO TREXATUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	MEIHO TREXATUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	MEIHO TREXATUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	MEIHO TREXATUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	MEIHO TREXATUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	MEIHO TREXATUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
384.	MEIHO TREXATUM	D48.4	OTRZEWNA
385.	MEIHO TREXATUM	D48.5	SKÓRA
386.	MEIHO TREXATUM	D48.6	SUTEK
387.	MEIHO TREXATUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	MEIHO TREXATUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	MEIHO TREXATUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
390.	MEIHO TREXATUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	MEIHO TREXATUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	MEIHO TREXATUM	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	MEIHO TREXATUM	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	MEIHO TREXATUM	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	MEIHO TREXATUM	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	MEIHO TREXATUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	MEIHO TREXATUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	MEIHO TREXATUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	MEIHO TREXATUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	MEIHO TREXATUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	MEIHO TREXATUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIAWATYCH
402.	MEIHO TREXATUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	MEIHO TREXATUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.43.

MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MITO TANUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	MITO TANUM	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	MITO TANUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	MITO TANUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	MITO TANUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	MITO TANUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	MITO TANUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	MITO TANUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	MITO TANUM	C75.3	SZYSZYŃKA
10.	MITO TANUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	MITO TANUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
12.	MITO TANUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	MITO TANUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	OCTREOTIDUM	C16.0	WPUST
3.	OCTREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	OCTREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	OCTREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	OCTREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	OCTREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	OCTREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	OCTREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	OCTREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	OCTREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	OCTREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	OCTREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	OCTREOTIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	OCTREOTIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	OCTREOTIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	OCTREOTIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	OCTREOTIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	OCTREOTIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	OCTREOTIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	OCTREOTIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	OCTREOTIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	OCTREOTIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	OCTREOTIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	OCTREOTIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	OCTREOTIDUM	C18.7	ESICA
27.	OCTREOTIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	OCTREOTIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	OCTREOTIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	OCTREOTIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	OCTREOTIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	OCTREOTIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	OCTREOTIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	OCTREOTIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	OCTREOTIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	OCTREOTIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	OCTREOTIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
38.	OCTREOTIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	OCTREOTIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	OCTREOTIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	OCTREOTIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	OCTREOTIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	OCTREOTIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	OCTREOTIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	OCTREOTIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	OCTREOTIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	OCTREOTIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	OCTREOTIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	OCTREOTIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	OCTREOTIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	OCTREOTIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	OCTREOTIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	OCTREOTIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	OCTREOTIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	OCTREOTIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	OCTREOTIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
57.	OCTREOTIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	OCTREOTIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
59.	OCTREOTIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	OCTREOTIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	OCTREOTIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	OCTREOTIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	OCTREOTIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	OCTREOTIDUM	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	OCTREOTIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii</i>
66.	OCTREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTREOTIDUM	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OXALIPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	OXALIPLATINUM	C16.0	WPUST
3.	OXALIPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	OXALIPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	OXALIPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	OXALIPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	OXALIPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	OXALIPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	OXALIPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	OXALIPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	OXALIPLATINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	OXALIPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	OXALIPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	OXALIPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	OXALIPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	OXALIPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	OXALIPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	OXALIPLATINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	OXALIPLATINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	OXALIPLATINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	O XALIPLATINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	O XALIPLATINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	O XALIPLATINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	O XALIPLATINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	O XALIPLATINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	O XALIPLATINUM	C18.7	ESICA
27.	O XALIPLATINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	O XALIPLATINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	O XALIPLATINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	O XALIPLATINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	O XALIPLATINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	O XALIPLATINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	O XALIPLATINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	O XALIPLATINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	O XALIPLATINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
36.	O XALIPLATINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	O XALIPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	O XALIPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	O XALIPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	O XALIPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	O XALIPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	O XALIPLATINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	O XALIPLATINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	O XALIPLATINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	O XALIPLATINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	OXALIPLATINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	OXALIPLATINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	OXALIPLATINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.46.b.

OXALIPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OXALIPLATIN	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU
2.	OXALIPLATIN	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	OXALIPLATIN	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
4.	OXALIPLATIN	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
5.	OXALIPLATIN	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
6.	OXALIPLATIN	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
7.	OXALIPLATIN	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
8.	OXALIPLATIN	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
9.	OXALIPLATIN	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
10.	OXALIPLATIN	C81	CHOROBA HODGKINA
11.	OXALIPLATIN	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
12.	OXALIPLATIN	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
13.	OXALIPLATIN	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
14.	OXALIPLATIN	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
15.	OXALIPLATIN	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
16.	OXALIPLATIN	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
17.	OXALIPLATIN	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
18.	OXALIPLATIN	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
19.	OXALIPLATIN	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
20.	OXALIPLATIN	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	OXALIPLATIN	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
22.	OXALIPLATIN	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23.	OXALIPLATIN	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
24.	OXALIPLATIN	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
25.	OXALIPLATIN	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
26.	OXALIPLATIN	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
27.	OXALIPLATIN	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
28.	OXALIPLATIN	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
29.	OXALIPLATIN	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
30.	OXALIPLATIN	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
31.	OXALIPLATIN	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
32.	OXALIPLATIN	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
33.	OXALIPLATIN	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
34.	OXALIPLATIN	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
35.	OXALIPLATIN	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
36.	OXALIPLATIN	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
37.	OXALIPLATIN	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
38.	OXALIPLATIN	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
39.	OXALIPLATIN	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
40.	OXALIPLATIN	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
41.	OXALIPLATIN	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
42.	OXALIPLATIN	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
43.	OXALIPLATIN	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	OXALIPLATIN	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
45.	OXALIPLATIN	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
46.	OXALIPLATIN	C88.4	CHŁONIAK TYPU MALT

Załącznik C.47.

PACLITAXEL

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PACLITAXEL	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	PACLITAXEL	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	PACLITAXEL	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	PACLITAXEL	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	PACLITAXEL	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	PACLITAXEL	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	PACLITAXEL	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	PACLITAXEL	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	PACLITAXEL	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	PACLITAXEL	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	PACLITAXEL	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	PACLITAXEL	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	PACLITAXEL	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
14.	PACLITAXEL	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	PACLITAXEL	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	PACLITAXEL	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	PACLITAXEL	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
18.	PACLITAXEL	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
19.	PACLITAXEL	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	PACLITAXEL	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
21.	PACLITAXEL	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
22.	PACLITAXEL	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
23.	PACLITAXEL	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
24.	PACLITAXEL	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
25.	PACLITAXEL	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
26.	PACLITAXEL	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
27.	PACLITAXEL	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
28.	PACLITAXEL	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
29.	PACLITAXEL	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
30.	PACLITAXEL	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
31.	PACLITAXEL	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	PACLITAXEL	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
33.	PACLITAXEL	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
34.	PACLITAXEL	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
35.	PACLITAXEL	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
36.	PACLITAXEL	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
37.	PACLITAXEL	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
38.	PACLITAXEL	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA

Załącznik C.48.

PEGASPARGASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PEGASPARGASUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	PEGASPARGASUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	PEGASPARGASUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	PEGASPARGASUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	PEGASPARGASUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	PEGASPARGASUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	PEGASPARGASUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	PEGASPARGASUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	PEGASPARGASUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	PEGASPARGASUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	PEGASPARGASUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	PEGASPARGASUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	PEGASPARGASUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	PEGASPARGASUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	PEGASPARGASUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	PEGASPARGASUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	PEGASPARGASUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	PEGASPARGASUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	PEGASPARGASUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	PEGASPARGASUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	PEGASPARGASUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	PEGASPARGASUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	PEGASPARGASUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	PEGASPARGASUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	PEGASPARGASUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	PEGASPARGASUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	PEGASPARGASUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	PEGASPARGASUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	PEGASPARGASUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	PEGASPARGASUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	PEGASPARGASUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
32.	PEGASPARGASUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
33.	PEGASPARGASUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
34.	PEGASPARGASUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
35.	PEGASPARGASUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
36.	PEGASPARGASUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
37.	PEGASPARGASUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	PEGASPARGASUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
39.	PEGASPARGASUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	PEGASPARGASUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
41.	PEGASPARGASUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
42.	PEGASPARGASUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	PEGASPARGASUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
44.	PEGASPARGASUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
45.	PEGASPARGASUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
46.	PEGASPARGASUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	PEGASPARGASUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.49.

PEMETREKSED

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PEMETREKSED	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:</i> 1) <i>gruczolakoraka płuca lub</i> 2) <i>wielkomórkowego raka płuca, lub</i> 3) <i>niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych</i>
2.	PEMETREKSED	C45	MIĘDZYBŁONIAK

Załącznik C.51.

RITUXIMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RITUXIMABUM	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	RITUXIMABUM	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	RITUXIMABUM	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	RITUXIMABUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	RITUXIMABUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	RITUXIMABUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	RITUXIMABUM	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	RITUXIMABUM	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	RITUXIMABUM	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	RITUXIMABUM	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	RITUXIMABUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	RITUXIMABUM	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	RITUXIMABUM	C83.7	GUZ BURKITTA
14.	RITUXIMABUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
15.	RITUXIMABUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
16.	RITUXIMABUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
17.	RITUXIMABUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
18.	RITUXIMABUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
19.	RITUXIMABUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
20.	RITUXIMABUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
21.	RITUXIMABUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	RITUXIMABUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	RITUXIMABUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	RITUXIMABUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	RITUXIMABUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	RITUXIMABUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	RITUXIMABUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	RITUXIMABUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	RITUXIMABUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	RITUXIMABUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	RITUXIMABUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

TAMOXIFENUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TAMO XIFENUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	TAMO XIFENUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	TAMO XIFENUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	TAMO XIFENUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	TAMO XIFENUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	TAMO XIFENUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	TAMO XIFENUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	TAMO XIFENUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	TAMO XIFENUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	TAMO XIFENUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	TAMO XIFENUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	TAMO XIFENUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	TAMO XIFENUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	TAMO XIFENUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	TAMO XIFENUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	TAMO XIFENUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	TAMO XIFENUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	TAMO XIFENUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	TAMO XIFENUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	TAMO XIFENUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	TAMO XIFENUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	TAMO XIFENUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	TAMO XIFENUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	TAMO XIFENUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	TAMO XIFENUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	TAMO XIFENUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	TAMO XIFENUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	TAMO XIFENUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	TAMO XIFENUM	C50.6	CZEŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	TAMO XIFENUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	TAMO XIFENUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	TAMO XIFENUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	TAMO XIFENUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	TAMO XIFENUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	TAMO XIFENUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	TAMO XIFENUM	C54.3	DNO MACICY
37.	TAMO XIFENUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	TAMO XIFENUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	TAMO XIFENUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	TAMO XIFENUM	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	TAMO XIFENUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	TAMO XIFENUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	TAMO XIFENUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	TAMO XIFENUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	TAMO XIFENUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	TAMO XIFENUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	TAMO XIFENUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	TAMO XIFENUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	TAMO XIFENUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	TAMO XIFENUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	TAMO XIFENUM	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	TAMO XIFENUM	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	TAMO XIFENUM	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	TAMO XIFENUM	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.56.

TIOGUANINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TIOGUANINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	TIOGUANINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	TIOGUANINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	TIOGUANINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	TIOGUANINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	TIOGUANINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	TIOGUANINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	TIOGUANINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	TIOGUANINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	TIOGUANINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	TIOGUANINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	TIOGUANINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	TIOGUANINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	TIOGUANINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	TIOGUANINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	TIOGUANINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	TIOGUANINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	TIOGUANINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	TIO GUANINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	TIO GUANINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	TIO GUANINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	TIO GUANINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIODALNY
23.	TIO GUANINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	TIO GUANINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	TIO GUANINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	TIO GUANINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	TIO GUANINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	TIO GUANINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	TIO GUANINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	TIO GUANINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	TIO GUANINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA
32.	TIO GUANINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	TIO GUANINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	TIO GUANINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	TIO GUANINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	TIO GUANINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	TIO GUANINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	TIO GUANINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	TIO GUANINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	TIO GUANINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	TIO GUANINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	TIO GUANINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	TIO GUANINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚŁYCH Z KOMÓREK T
44.	TIO GUANINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	TIO GUANINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	TIO GUANINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	TIO GUANINUM	C92.0	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	TIO GUANINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	TIO GUANINUM	C92.2	PODOST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	TIO GUANINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	TIO GUANINUM	C92.4	OST RA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	TIO GUANINUM	C92.5	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	TIO GUANINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	TIO GUANINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	TIO GUANINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	TIO GUANINUM	C93.0	OST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	TIO GUANINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	TIO GUANINUM	C93.2	PODOST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	TIO GUANINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	TIO GUANINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	TIO GUANINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	TIO GUANINUM	C94.0	OST RA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLAST YCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	TIO GUANINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	TIO GUANINUM	C94.2	OST RA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	TIO GUANINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK T UCZNYCH
66.	TIO GUANINUM	C94.4	OST RA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	TIO GUANINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	TIO GUANINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	TIO GUANINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	TIO GUANINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	TIO GUANINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	TIO GUANINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	TIO GUANINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	TIO GUANINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	TIO GUANINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	TIO GUANINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	TIO GUANINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	TIO GUANINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	TIO GUANINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	TIO GUANINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	TIO GUANINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	TIO GUANINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.1

TOPOTECAN p.o.

Leczenie w monoterapii dorosłych pacjentów z nawrotowym rakiem drobnokomórkowym płuca, u których ponowne leczenie z użyciem chemioterapii pierwszego rzutu uznano za nieodpowiednie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TOPOTECAN p.o.	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA

Załącznik C.57.2.

TOPOTECANUM inj.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
9.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.0	SERCE
10.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
12.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.4	OPLUCNA
14.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
15.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
16.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
17.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
18.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
19.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.61.

VINCRISTINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINCRISTINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINCRISTINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINCRISTINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINCRISTINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINCRISTINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINCRISTINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINCRISTINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINCRISTINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINCRISTINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINCRISTINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINCRISTINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINCRISTINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINCRISTINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINCRISTINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINCRISTINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINCRISTINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINCRISTINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINCRISTINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINCRISTINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	VINCRI STINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINCRI STINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINCRI STINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	VINCRI STINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINCRI STINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINCRI STINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINCRI STINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINCRI STINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINCRI STINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINCRI STINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINCRI STINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINCRI STINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINCRI STINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINCRI STINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINCRI STINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINCRI STINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINCRI STINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINCRI STINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINCRI STINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINCRI STINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINCRI STINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINCRI STINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINCRI STINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	VINCRI STINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINCRI STINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINCRI STINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINCRI STINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINCRI STINUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINCRI STINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINCRI STINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	VINCRI STINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINCRI STINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINCRI STINUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINCRI STINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINCRI STINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINCRI STINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINCRI STINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINCRI STINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINCRI STINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINCRI STINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINCRI STINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINCRI STINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINCRI STINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINCRI STINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINCRI STINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINCRI STINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINCRI STINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	VINCRI STINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINCRI STINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINCRI STINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINCRI STINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINCRI STINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	VINCRI STINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	VINCRI STINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINCRI STINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINCRI STINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	VINCRI STINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINCRI STINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINCRI STINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINCRI STINUM	C16.0	WPUST
80.	VINCRI STINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINCRI STINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINCRI STINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINCRI STINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINCRI STINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINCRI STINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINCRI STINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINCRI STINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINCRI STINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINCRI STINUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	VINCRI STI NUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINCRI STI NUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINCRI STI NUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINCRI STI NUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINCRI STI NUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINCRI STI NUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINCRI STI NUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINCRI STI NUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINCRI STI NUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINCRI STI NUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINCRI STI NUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINCRI STI NUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINCRI STI NUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103.	VINCRI STI NUM	C18.7	ESICA
104.	VINCRI STI NUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINCRI STI NUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINCRI STI NUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINCRI STI NUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINCRI STI NUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINCRI STI NUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINCRI STI NUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	VINCRI STI NUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	VINCRI STI NUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINCRI STI NUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	VINCRI STINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINCRI STINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
116.	VINCRI STINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	VINCRI STINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	VINCRI STINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	VINCRI STINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	VINCRI STINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	VINCRI STINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122.	VINCRI STINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123.	VINCRI STINUM	C24.0	ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124.	VINCRI STINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINCRI STINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126.	VINCRI STINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINCRI STINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINCRI STINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINCRI STINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	VINCRI STINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINCRI STINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINCRI STINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINCRI STINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINCRI STINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINCRI STINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINCRI STINUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137.	VINCRI STINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINCRI STINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINCRI STINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINCRI STINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINCRI STINUM	C30	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINCRI STINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINCRI STINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINCRI STINUM	C31	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINCRI STINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINCRI STINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINCRI STINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINCRI STINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINCRI STINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINCRI STINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINCRI STINUM	C33	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINCRI STINUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINCRI STINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINCRI STINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINCRI STINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINCRI STINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	VINCRI STINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINCRI STINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINCRI STINUM	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINCRI STINUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	VINCRI STI NUM	C38.0	SERCE
162.	VINCRI STI NUM	C38.1	SRÓDP IERSIE PRZEDNIE
163.	VINCRI STI NUM	C38.2	SRÓDP IERSIE TYLNE
164.	VINCRI STI NUM	C38.3	SRÓDP IERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINCRI STI NUM	C38.4	OPŁUCNA
166.	VINCRI STI NUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDP IERSIA I OPŁUCNEJ
167.	VINCRI STI NUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINCRI STI NUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINCRI STI NUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINCRI STI NUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINCRI STI NUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINCRI STI NUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	VINCRI STI NUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	VINCRI STI NUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	VINCRI STI NUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	VINCRI STI NUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINCRI STI NUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINCRI STI NUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINCRI STI NUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINCRI STI NUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINCRI STI NUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINCRI STI NUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	VINCRI STI NUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINCRI STI NUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINCRI STI NUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINCRI STI NUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINCRI STI NUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINCRI STI NUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINCRI STI NUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINCRI STI NUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINCRI STI NUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINCRI STI NUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINCRI STI NUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINCRI STI NUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINCRI STI NUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINCRI STI NUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINCRI STI NUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	VINCRI STI NUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	VINCRI STI NUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	VINCRI STI NUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	VINCRI STI NUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	VINCRI STI NUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	VINCRI STI NUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
204.	VINCRI STI NUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
205.	VINCRI STI NUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	VINCRI STI NUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	VINCRI STINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	VINCRI STINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	VINCRI STINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	VINCRI STINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
211.	VINCRI STINUM	C47	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	VINCRI STINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	VINCRI STINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	VINCRI STINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	VINCRI STINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	VINCRI STINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	VINCRI STINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	VINCRI STINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	VINCRI STINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	VINCRI STINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	VINCRI STINUM	C48.	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	VINCRI STINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	VINCRI STINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	VINCRI STINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	VINCRI STINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	VINCRI STINUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	VINCRI STINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	VINCRI STINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229.	VINCRI STI NUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	VINCRI STI NUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	VINCRI STI NUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	VINCRI STI NUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	VINCRI STI NUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	VINCRI STI NUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	VINCRI STI NUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	VINCRI STI NUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUT KA
237.	VINCRI STI NUM	C50.0	BRODAWKA I OT OCZKA BRODAWKI SUT KOWEJ
238.	VINCRI STI NUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUT KA
239.	VINCRI STI NUM	C50.2	ĆWIART KA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUT KA
240.	VINCRI STI NUM	C50.3	ĆWIART KA DOLNA WEWNĘTRZNA SUT KA
241.	VINCRI STI NUM	C50.4	ĆWIART KA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
242.	VINCRI STI NUM	C50.5	ĆWIART KA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
243.	VINCRI STI NUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUT KA
244.	VINCRI STI NUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUT KA
245.	VINCRI STI NUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	VINCRI STI NUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	VINCRI STI NUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	VINCRI STI NUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	VINCRI STI NUM	C51.2	ŁECHT ACZKA
250.	VINCRI STI NUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	VINCRI STI NUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	VINCRI STI NUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	VINCRI STINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	VINCRI STINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	VINCRI STINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	VINCRI STINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	VINCRI STINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	VINCRI STINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	VINCRI STINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	VINCRI STINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	VINCRI STINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	VINCRI STINUM	C54.3	DNO MACICY
263.	VINCRI STINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	VINCRI STINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	VINCRI STINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	VINCRI STINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	VINCRI STINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	VINCRI STINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	VINCRI STINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	VINCRI STINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	VINCRI STINUM	C57.3	PRZYMACICZA
272.	VINCRI STINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	VINCRI STINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	VINCRI STINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	VINCRI STINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	VINCRI STINUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	VINCRI STINUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	VINCRI STINUM	C60.0	NAPLETEK
279.	VINCRI STINUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	VINCRI STINUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	VINCRI STINUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	VINCRI STINUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	VINCRI STINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	VINCRI STINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	VINCRI STINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	VINCRI STINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	VINCRI STINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	VINCRI STINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	VINCRI STINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	VINCRI STINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	VINCRI STINUM	C63.2	MOSZNA
292.	VINCRI STINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	VINCRI STINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	VINCRI STINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	VINCRI STINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	VINCRI STINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	VINCRI STINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	VINCRI STINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
299.	VINCRI STINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
300.	VINCRI STINUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	VINCRI STINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	VINCRI STINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	VINCRI STINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	VINCRI STINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	VINCRI STINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	VINCRI STINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	VINCRI STINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	VINCRI STINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	VINCRI STINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	VINCRI STINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	VINCRI STINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	VINCRI STINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	VINCRI STINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	VINCRI STINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	VINCRI STINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	VINCRI STINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	VINCRI STINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	VINCRI STINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	VINCRI STINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	VINCRI STINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	VINCRI STINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	VINCRI STINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	VINCRI STINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	VINCRI STINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	VINCRI STI NUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	VINCRI STI NUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	VINCRI STI NUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	VINCRI STI NUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	VINCRI STI NUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	VINCRI STI NUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	VINCRI STI NUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	VINCRI STI NUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	VINCRI STI NUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	VINCRI STI NUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	VINCRI STI NUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	VINCRI STI NUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	VINCRI STI NUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	VINCRI STI NUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	VINCRI STI NUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	VINCRI STI NUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	VINCRI STI NUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	VINCRI STI NUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	VINCRI STI NUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	VINCRI STI NUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	VINCRI STI NUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	VINCRI STI NUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	VINCRI STI NUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEMNERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	VINCRI STI NUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	VINCRI STI NUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	VINCRI STI NUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	VINCRI STI NUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	VINCRI STI NUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	VINCRI STI NUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	VINCRI STI NUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZY TARCZOWY
355.	VINCRI STI NUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	VINCRI STI NUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	VINCRI STI NUM	C75.3	SZYSZYNKA
358.	VINCRI STI NUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	VINCRI STI NUM	C75.5	CIAŁA PRZY AORTOWE I INNE CIAŁA PRZY ZWOJOWE
360.	VINCRI STI NUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	VINCRI STI NUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	VINCRI STI NUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
363.	VINCRI STI NUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	VINCRI STI NUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	VINCRI STI NUM	C76.2	BRZUCH
366.	VINCRI STI NUM	C76.3	MIEDNICA
367.	VINCRI STI NUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	VINCRI STI NUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	VINCRI STI NUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	VINCRI STI NUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	VINCRI STINUM	C77	WT ÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	VINCRI STINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	VINCRI STINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	VINCRI STINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	VINCRI STINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	VINCRI STINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	VINCRI STINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	VINCRI STINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	VINCRI STINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	VINCRI STINUM	C78	WT ÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
381.	VINCRI STINUM	C78.0	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	VINCRI STINUM	C78.1	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	VINCRI STINUM	C78.2	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	VINCRI STINUM	C78.3	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	VINCRI STINUM	C78.4	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	VINCRI STINUM	C78.5	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	VINCRI STINUM	C78.6	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	VINCRI STINUM	C78.7	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	VINCRI STINUM	C78.8	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	VINCRI STINUM	C79	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	VINCRI STINUM	C79.0	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	VINCRI STINUM	C79.1	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	VINCRI STINUM	C79.2	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	VINCRI STINUM	C79.3	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	VINCRI STINUM	C79.4	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	VINCRI STINUM	C79.5	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	VINCRI STINUM	C79.6	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	VINCRI STINUM	C79.7	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	VINCRI STINUM	C79.8	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	VINCRI STINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	VINCRI STINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	VINCRI STINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	VINCRI STINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	VINCRI STINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	VINCRI STINUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	VINCRI STINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	VINCRI STINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	VINCRI STINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	VINCRI STINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	VINCRI STINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	VINCRI STINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	VINCRI STINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	VINCRI STINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	VINCRI STINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	VINCRI STINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	VINCRI STI NUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	VINCRI STI NUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	VINCRI STI NUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	VINCRI STI NUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	VINCRI STI NUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	VINCRI STI NUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	VINCRI STI NUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	VINCRI STI NUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	VINCRI STI NUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	VINCRI STI NUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	VINCRI STI NUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	VINCRI STI NUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	VINCRI STI NUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	VINCRI STI NUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	VINCRI STI NUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	VINCRI STI NUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	VINCRI STI NUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	VINCRI STI NUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
434.	VINCRI STI NUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	VINCRI STI NUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	VINCRI STI NUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	VINCRI STI NUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	VINCRI STI NUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
439.	VINCRI STI NUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	VINCRI STI NUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	VINCRI STI NUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	VINCRI STI NUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	VINCRI STI NUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	VINCRI STI NUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	VINCRI STI NUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	VINCRI STI NUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	VINCRI STI NUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	VINCRI STI NUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	VINCRI STI NUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	VINCRI STI NUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	VINCRI STI NUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	VINCRI STI NUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	VINCRI STI NUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	VINCRI STI NUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
455.	VINCRI STI NUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	VINCRI STI NUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	VINCRI STI NUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	VINCRI STI NUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	VINCRI STI NUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	VINCRI STI NUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	VINCRI STI NUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	VINCRI STI NUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	VINCRI STI NUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	VINCRI STINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	VINCRI STINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	VINCRI STINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	VINCRI STINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	VINCRI STINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	VINCRI STINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	VINCRI STINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	VINCRI STINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	VINCRI STINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	VINCRI STINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	VINCRI STINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	VINCRI STINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	VINCRI STINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	VINCRI STINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	VINCRI STINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	VINCRI STINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	VINCRI STINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	VINCRI STINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	VINCRI STINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	VINCRI STINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	VINCRI STINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	VINCRI STINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	VINCRI STINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY T KANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	VINCRI STI N U M	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	VINCRI STI N U M	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	VINCRI STI N U M	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	VINCRI STI N U M	C96.3	PRAWDZIWIY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	VINCRI STI N U M	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	VINCRI STI N U M	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	VINCRI STI N U M	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	VINCRI STI N U M	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	VINCRI STI N U M	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	VINCRI STI N U M	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	VINCRI STI N U M	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	VINCRI STI N U M	D01.2	ODBYTNICA
499.	VINCRI STI N U M	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	VINCRI STI N U M	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	VINCRI STI N U M	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
502.	VINCRI STI N U M	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	VINCRI STI N U M	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	VINCRI STI N U M	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	VINCRI STI N U M	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	VINCRI STI N U M	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	VINCRI STI N U M	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	VINCRI STI N U M	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	VINCRI STI N U M	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510.	VINCRI STINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	VINCRI STINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINCRI STINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINCRI STINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	VINCRI STINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	VINCRI STINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	VINCRI STINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	VINCRI STINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	VINCRI STINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	VINCRI STINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	VINCRI STINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	VINCRI STINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	VINCRI STINUM	D07.1	SROM
523.	VINCRI STINUM	D07.2	POCHWA
524.	VINCRI STINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	VINCRI STINUM	D07.4	PRĄCIE
526.	VINCRI STINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	VINCRI STINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	VINCRI STINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	VINCRI STINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
530.	VINCRI STINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	VINCRI STINUM	D09.2	OKO
532.	VINCRI STINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	VINCRI STINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	VINCRI STI NUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	VINCRI STI NUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	VINCRI STI NUM	D10.0	WARGA
537.	VINCRI STI NUM	D10.1	JĘZYK
538.	VINCRI STI NUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	VINCRI STI NUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	VINCRI STI NUM	D10.4	MIGDAŁEK
541.	VINCRI STI NUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	VINCRI STI NUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	VINCRI STI NUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	VINCRI STI NUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	VINCRI STI NUM	D11	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	VINCRI STI NUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	VINCRI STI NUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	VINCRI STI NUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	VINCRI STI NUM	D12	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	VINCRI STI NUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	VINCRI STI NUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	VINCRI STI NUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	VINCRI STI NUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	VINCRI STI NUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	VINCRI STI NUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	VINCRI STI NUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	VINCRI STI NUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	VINCRI STI NUM	D12.8	ODBYTNICA
559.	VINCRI STI NUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	VINCRI STI NUM	D13	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	VINCRI STI NUM	D13.0	PRZEŁYK
562.	VINCRI STI NUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	VINCRI STI NUM	D13.2	DWUNASTNICA
564.	VINCRI STI NUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	VINCRI STI NUM	D13.4	WĄTROBA
566.	VINCRI STI NUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
567.	VINCRI STI NUM	D13.6	TRZUSTKA
568.	VINCRI STI NUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	VINCRI STI NUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	VINCRI STI NUM	D14	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	VINCRI STI NUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	VINCRI STI NUM	D14.1	KRTAŃ
573.	VINCRI STI NUM	D14.2	TCHAWICA
574.	VINCRI STI NUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	VINCRI STI NUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	VINCRI STI NUM	D15	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	VINCRI STI NUM	D15.0	GRASICA
578.	VINCRI STI NUM	D15.1	SERCE
579.	VINCRI STI NUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
580.	VINCRI STI NUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	VINCRI STI NUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	VINCRI STI NUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	VINCRI STI NUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	VINCRI STI NUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	VINCRI STI NUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	VINCRI STI NUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	VINCRI STI NUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	VINCRI STI NUM	D16.5	ŻUCHWA
589.	VINCRI STI NUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	VINCRI STI NUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	VINCRI STI NUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	VINCRI STI NUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	VINCRI STI NUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	VINCRI STI NUM	D18.0	NACZYNIANKA KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	VINCRI STI NUM	D18.1	NACZYNIANKA CHŁONNA JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	VINCRI STI NUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	VINCRI STI NUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	VINCRI STI NUM	D20.1	OTRZEWNA
599.	VINCRI STI NUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	VINCRI STI NUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	VINCRI STI NUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	VINCRI STI NUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
603.	VINCRI STINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	VINCRI STINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	VINCRI STINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	VINCRI STINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	VINCRI STINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	VINCRI STINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	VINCRI STINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	VINCRI STINUM	D28.0	SROM
611.	VINCRI STINUM	D28.1	POCHWA
612.	VINCRI STINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	VINCRI STINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	VINCRI STINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	VINCRI STINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	VINCRI STINUM	D29.0	PRĄCIE
617.	VINCRI STINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	VINCRI STINUM	D29.2	JĄDRO
619.	VINCRI STINUM	D29.3	NAJĄDRZE
620.	VINCRI STINUM	D29.4	MOSZNA
621.	VINCRI STINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	VINCRI STINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	VINCRI STINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	VINCRI STINUM	D30.0	NERKA
625.	VINCRI STINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	VINCRI STINUM	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	VINCRI STI NUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
628.	VINCRI STI NUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	VINCRI STI NUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	VINCRI STI NUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	VINCRI STI NUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	VINCRI STI NUM	D31.0	SPOJÓWKA
633.	VINCRI STI NUM	D31.1	ROGÓWKA
634.	VINCRI STI NUM	D31.2	SIATKÓWKA
635.	VINCRI STI NUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	VINCRI STI NUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	VINCRI STI NUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	VINCRI STI NUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	VINCRI STI NUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	VINCRI STI NUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	VINCRI STI NUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	VINCRI STI NUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	VINCRI STI NUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	VINCRI STI NUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	VINCRI STI NUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	VINCRI STI NUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	VINCRI STI NUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	VINCRI STI NUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	VINCRI STI NUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	VINCRI STI NUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	VINCRI STI NUM	D33.9	CENTRALNY SYSTE MNERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	VINCRI STI NUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR T ARCZYCY
653.	VINCRI STI NUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	VINCRI STI NUM	D35.0	NADNERCZA
655.	VINCRI STI NUM	D35.1	PRZY T ARCZYCE
656.	VINCRI STI NUM	D35.2	PRZYSADKA
657.	VINCRI STI NUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	VINCRI STI NUM	D35.4	SZYSZYNK A
659.	VINCRI STI NUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	VINCRI STI NUM	D35.6	CIAŁA PRZY AORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
661.	VINCRI STI NUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁ Y WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	VINCRI STI NUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	VINCRI STI NUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	VINCRI STI NUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	VINCRI STI NUM	D36.0	WĘZŁ Y CHŁONNE
666.	VINCRI STI NUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	VINCRI STI NUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	VINCRI STI NUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	VINCRI STI NUM	D37	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY UST NEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	VINCRI STI NUM	D37.0	WARGA, JAMA UST NA I GARDŁO
671.	VINCRI STI NUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	VINCRI STI NUM	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	VINCRI STI NUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	VINCRI STINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	VINCRI STINUM	D37.5	ODBYTNICA
676.	VINCRI STINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	VINCRI STINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	VINCRI STINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	VINCRI STINUM	D38	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	VINCRI STINUM	D38.0	KRTAŃ
681.	VINCRI STINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	VINCRI STINUM	D38.2	OPŁUCNA
683.	VINCRI STINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
684.	VINCRI STINUM	D38.4	GRASICA
685.	VINCRI STINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	VINCRI STINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	VINCRI STINUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	VINCRI STINUM	D39.0	MACICA
689.	VINCRI STINUM	D39.1	JAJNIK
690.	VINCRI STINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	VINCRI STINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	VINCRI STINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	VINCRI STINUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	VINCRI STINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	VINCRI STINUM	D40.1	JĄDRO
696.	VINCRI STINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	VINCRI STI NUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	VINCRI STI NUM	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	VINCRI STI NUM	D41.0	NERKA
700.	VINCRI STI NUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	VINCRI STI NUM	D41.2	MOCZOWÓD
702.	VINCRI STI NUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	VINCRI STI NUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
704.	VINCRI STI NUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	VINCRI STI NUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	VINCRI STI NUM	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	VINCRI STI NUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	VINCRI STI NUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	VINCRI STI NUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	VINCRI STI NUM	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	VINCRI STI NUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	VINCRI STI NUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	VINCRI STI NUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	VINCRI STI NUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	VINCRI STI NUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	VINCRI STI NUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	VINCRI STI NUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	VINCRI STI NUM	D44	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	VINCRI STI NUM	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	VINCRI STI N U M	D44.1	NADNERCZA
721.	VINCRI STI N U M	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	VINCRI STI N U M	D44.3	PRZYSADKA
723.	VINCRI STI N U M	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	VINCRI STI N U M	D44.5	SZYSZYNKA
725.	VINCRI STI N U M	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	VINCRI STI N U M	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
727.	VINCRI STI N U M	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	VINCRI STI N U M	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	VINCRI STI N U M	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	VINCRI STI N U M	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	VINCRI STI N U M	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	VINCRI STI N U M	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	VINCRI STI N U M	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	VINCRI STI N U M	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	VINCRI STI N U M	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	VINCRI STI N U M	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
737.	VINCRI STI N U M	D48.4	OTRZEWNA
738.	VINCRI STI N U M	D48.5	SKÓRA
739.	VINCRI STI N U M	D48.6	SUTEK
740.	VINCRI STI N U M	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	VINCRI STI N U M	D48.9	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	VINCRI STI N U M	D69.3	SAMOISTNA PŁAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	VINCRI STI N U M	D76.0	HIST IOCYTOZAZ KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	VINCRI STI N U M	D76.1	LYMFOHIST IOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	VINCRI STI N U M	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	VINCRI STI N U M	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	VINCRI STI N U M	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	VINCRI STI N U M	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	VINCRI STI N U M	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	VINCRI STI N U M	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	VINCRI STI N U M	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIAWATYCH
752.	VINCRI STI N U M	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	VINCRI STI N U M	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

VINORELBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINORELBINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINORELBINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINORELBINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINORELBINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINORELBINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINORELBINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINORELBINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINORELBINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINORELBINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINORELBINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINORELBINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINORELBINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINORELBINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINORELBINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINORELBINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINORELBINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINORELBINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINORELBINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINORELBINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	VINORELBINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINORELBINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINORELBINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	VINORELBINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINORELBINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINORELBINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINORELBINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINORELBINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINORELBINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINORELBINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINORELBINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINORELBINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINORELBINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINORELBINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINORELBINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINORELBINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINORELBINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINORELBINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINORELBINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINORELBINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINORELBINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINORELBINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINORELBINUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	VINORELBINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINORELBINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINORELBINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINORELBINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINORELBINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINORELBINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINORELBINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
50.	VINORELBINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINORELBINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINORELBINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINORELBINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINORELBINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINORELBINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINORELBINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINORELBINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINORELBINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINORELBINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINORELBINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINORELBINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINORELBINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINORELBINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINORELBINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINORELBINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINORELBINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	VINORELBINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINORELBINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINORELBINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINORELBINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINORELBINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	VINORELBINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	VINORELBINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINORELBINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINORELBINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
76.	VINORELBINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINORELBINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINORELBINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINORELBINUM	C16.0	WPUST
80.	VINORELBINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINORELBINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINORELBINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINORELBINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINORELBINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINORELBINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINORELBINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINORELBINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINORELBINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINORELBINUM	C17.0	DWUNASTNICA
90.	VINORELBINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINORELBINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINORELBINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINORELBINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINORELBINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINORELBINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINORELBINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINORELBINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINORELBINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINORELBINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINORELBINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINORELBINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINORELBINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
103.	VINORELBINUM	C18.7	ESICA
104.	VINORELBINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINORELBINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINORELBINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINORELBINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINORELBINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINORELBINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINORELBINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	VINORELBINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	VINORELBINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINORELBINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	VINORELBINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINORELBINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	VINORELBINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	VINORELBINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	VINORELBINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	VINORELBINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	VINORELBINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	VINORELBINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122.	VINORELBINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123.	VINORELBINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124.	VINORELBINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINORELBINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126.	VINORELBINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINORELBINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINORELBINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINORELBINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
130.	VINORELBINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINORELBINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINORELBINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINORELBINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINORELBINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINORELBINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINORELBINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137.	VINORELBINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINORELBINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINORELBINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINORELBINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINORELBINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINORELBINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINORELBINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINORELBINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINORELBINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINORELBINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINORELBINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINORELBINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINORELBINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINORELBINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINORELBINUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINORELBINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINORELBINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINORELBINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINORELBINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINORELBINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
157.	VINORELBINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINORELBINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINORELBINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINORELBINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
161.	VINORELBINUM	C38.0	SERCE
162.	VINORELBINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	VINORELBINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	VINORELBINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINORELBINUM	C38.4	OPLUCNA
166.	VINORELBINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167.	VINORELBINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINORELBINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINORELBINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINORELBINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINORELBINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINORELBINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	VINORELBINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	VINORELBINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	VINORELBINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	VINORELBINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINORELBINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINORELBINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINORELBINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINORELBINUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINORELBINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINORELBINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	VINORELBINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINORELBINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINORELBINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINORELBINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINORELBINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINORELBINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINORELBINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINORELBINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINORELBINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINORELBINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINORELBINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINORELBINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINORELBINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINORELBINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINORELBINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym
198.	VINORELBINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
199.	VINORELBINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
200.	VINORELBINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	VINORELBINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
202.	VINORELBINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	VINORELBINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	VINORELBINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	VINORELBINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
206.	VINORELBINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	VINORELBINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	VINORELBINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209.	VINORELBINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	VINORELBINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	VINORELBINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	VINORELBINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	VINORELBINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	VINORELBINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	VINORELBINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	VINORELBINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	VINORELBINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	VINORELBINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	VINORELBINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	VINORELBINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	VINORELBINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	VINORELBINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	VINORELBINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	VINORELBINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
225.	VINORELBINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	VINORELBINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	VINORELBINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	VINORELBINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	VINORELBINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	VINORELBINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	VINORELBINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	VINORELBINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	VINORELBINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	VINORELBINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	VINORELBINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
236.	VINORELBINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	VINORELBINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	VINORELBINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	VINORELBINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	VINORELBINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	VINORELBINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	VINORELBINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	VINORELBINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	VINORELBINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	VINORELBINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	VINORELBINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	VINORELBINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	VINORELBINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
249.	VINORELBINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	VINORELBINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	VINORELBINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
252.	VINORELBINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	VINORELBINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	VINORELBINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	VINORELBINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	VINORELBINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	VINORELBINUM	C54.3	DNO MACICY
258.	VINORELBINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	VINORELBINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	VINORELBINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	VINORELBINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	VINORELBINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
263.	VINORELBINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	VINORELBINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	VINORELBINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	VINORELBINUM	C57.3	PRZYMACICZA
267.	VINORELBINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	VINORELBINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	VINORELBINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	VINORELBINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	VINORELBINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
272.	VINORELBINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
273.	VINORELBINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
274.	VINORELBINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
275.	VINORELBINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
276.	VINORELBINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
277.	VINORELBINUM	C63.0	NAJĄDRZE
278.	VINORELBINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
279.	VINORELBINUM	C63.2	MOSZNA
280.	VINORELBINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
281.	VINORELBINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
282.	VINORELBINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	VINORELBINUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
284.	VINORELBINUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	VINORELBINUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
286.	VINORELBINUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
287.	VINORELBINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	VINORELBINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	VINORELBINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
290.	VINORELBINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	VINORELBINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	VINORELBINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	VINORELBINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
294.	VINORELBINUM	C67.7	MOCZOWNIK
295.	VINORELBINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
296.	VINORELBINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
297.	VINORELBINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
298.	VINORELBINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
299.	VINORELBINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
300.	VINORELBINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
301.	VINORELBINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
302.	VINORELBINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
303.	VINORELBINUM	C69.0	SPOJÓWKA
304.	VINORELBINUM	C69.1	ROGÓWKA
305.	VINORELBINUM	C69.2	SIATKÓWKA
306.	VINORELBINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
307.	VINORELBINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
308.	VINORELBINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
309.	VINORELBINUM	C69.6	OCZODÓŁ
310.	VINORELBINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
311.	VINORELBINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
312.	VINORELBINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
313.	VINORELBINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
314.	VINORELBINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
315.	VINORELBINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
316.	VINORELBINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
317.	VINORELBINUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
318.	VINORELBINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
319.	VINORELBINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
320.	VINORELBINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
321.	VINORELBINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
322.	VINORELBINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
323.	VINORELBINUM	C71.6	MÓZDŻEK
324.	VINORELBINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	VINORELBINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	VINORELBINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	VINORELBINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	VINORELBINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	VINORELBINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	VINORELBINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	VINORELBINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	VINORELBINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	VINORELBINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	VINORELBINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	VINORELBINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	VINORELBINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	VINORELBINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	VINORELBINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	VINORELBINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	VINORELBINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	VINORELBINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
342.	VINORELBINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	VINORELBINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
344.	VINORELBINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
345.	VINORELBINUM	C75.3	SZYSZYŃKA
346.	VINORELBINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	VINORELBINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
348.	VINORELBINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	VINORELBINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	VINORELBINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	VINORELBINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	VINORELBINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
353.	VINORELBINUM	C76.2	BRZUCH
354.	VINORELBINUM	C76.3	MIEDNICA
355.	VINORELBINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	VINORELBINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	VINORELBINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	VINORELBINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	VINORELBINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	VINORELBINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	VINORELBINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
362.	VINORELBINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	VINORELBINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
364.	VINORELBINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
365.	VINORELBINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	VINORELBINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	VINORELBINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	VINORELBINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
369.	VINORELBINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370.	VINORELBINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	VINORELBINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	VINORELBINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	VINORELBINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	VINORELBINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	VINORELBINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
376.	VINORELBINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	VINORELBINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	VINORELBINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	VINORELBINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	VINORELBINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	VINORELBINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	VINORELBINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	VINORELBINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	VINORELBINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	VINORELBINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	VINORELBINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	VINORELBINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	VINORELBINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	VINORELBINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	VINORELBINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	VINORELBINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	VINORELBINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	VINORELBINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	VINORELBINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	VINORELBINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	VINORELBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			POKREWNYCH
397.	VINORELBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	VINORELBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	VINORELBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	VINORELBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	VINORELBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	VINORELBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	VINORELBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	VINORELBINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	VINORELBINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	VINORELBINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	VINORELBINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	VINORELBINUM	D01.2	ODBYTNICA
409.	VINORELBINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	VINORELBINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	VINORELBINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
412.	VINORELBINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
413.	VINORELBINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
414.	VINORELBINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
415.	VINORELBINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
416.	VINORELBINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
417.	VINORELBINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
418.	VINORELBINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
419.	VINORELBINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
420.	VINORELBINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
421.	VINORELBINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
422.	VINORELBINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
423.	VINORELBINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
424.	VINORELBINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
425.	VINORELBINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
426.	VINORELBINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
427.	VINORELBINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
428.	VINORELBINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
429.	VINORELBINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
430.	VINORELBINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
431.	VINORELBINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
432.	VINORELBINUM	D07.1	SROM
433.	VINORELBINUM	D07.2	POCHWA
434.	VINORELBINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
435.	VINORELBINUM	D07.4	PRĄCIE
436.	VINORELBINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
437.	VINORELBINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
438.	VINORELBINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
439.	VINORELBINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
440.	VINORELBINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
441.	VINORELBINUM	D09.2	OKO
442.	VINORELBINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
443.	VINORELBINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
444.	VINORELBINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
445.	VINORELBINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
446.	VINORELBINUM	D10.0	WARGA
447.	VINORELBINUM	D10.1	JĘZYK
448.	VINORELBINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
449.	VINORELBINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
450.	VINORELBINUM	D10.4	MIGDAŁEK
451.	VINORELBINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	VINORELBINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	VINORELBINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	VINORELBINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	VINORELBINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	VINORELBINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	VINORELBINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	VINORELBINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	VINORELBINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	VINORELBINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	VINORELBINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	VINORELBINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	VINORELBINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	VINORELBINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	VINORELBINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	VINORELBINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	VINORELBINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	VINORELBINUM	D12.8	ODBYTNICA
469.	VINORELBINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	VINORELBINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	VINORELBINUM	D13.0	PRZĘLYK
472.	VINORELBINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	VINORELBINUM	D13.2	DWUNASTNICA
474.	VINORELBINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELIT A CIENKIEGO
475.	VINORELBINUM	D13.4	WĄTROBA
476.	VINORELBINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	VINORELBINUM	D13.6	TRZUSTKA
478.	VINORELBINUM	D13.7	WSPY TRZUSTKI
479.	VINORELBINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	VINORELBINUM	D14	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	VINORELBINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	VINORELBINUM	D14.1	KRTAŃ
483.	VINORELBINUM	D14.2	TCHAWICA
484.	VINORELBINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	VINORELBINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	VINORELBINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
487.	VINORELBINUM	D15.0	GRASICA
488.	VINORELBINUM	D15.1	SERCE
489.	VINORELBINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	VINORELBINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
491.	VINORELBINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
492.	VINORELBINUM	D16	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	VINORELBINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	VINORELBINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	VINORELBINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	VINORELBINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	VINORELBINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	VINORELBINUM	D16.5	ŻUCHWA
499.	VINORELBINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	VINORELBINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	VINORELBINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	VINORELBINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	VINORELBINUM	D18	NACZYNIAMI KRWIONOŚNE I NACZYNIAMI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
504.	VINORELBINUM	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
505.	VINORELBINUM	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
506.	VINORELBINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
507.	VINORELBINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
508.	VINORELBINUM	D20.1	OTRZEWNA
509.	VINORELBINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
510.	VINORELBINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
511.	VINORELBINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINORELBINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINORELBINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
514.	VINORELBINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
515.	VINORELBINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
516.	VINORELBINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
517.	VINORELBINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
518.	VINORELBINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
519.	VINORELBINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
520.	VINORELBINUM	D28.0	SRÓM
521.	VINORELBINUM	D28.1	POCHWA
522.	VINORELBINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
523.	VINORELBINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
524.	VINORELBINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
525.	VINORELBINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
526.	VINORELBINUM	D29.0	PRĄCIE
527.	VINORELBINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
528.	VINORELBINUM	D29.2	JĄDRO
529.	VINORELBINUM	D29.3	NAJĄDRZE
530.	VINORELBINUM	D29.4	MOSZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
531.	VINORELBINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
532.	VINORELBINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
533.	VINORELBINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
534.	VINORELBINUM	D30.0	NERKA
535.	VINORELBINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
536.	VINORELBINUM	D30.2	MOCZOWÓD
537.	VINORELBINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
538.	VINORELBINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
539.	VINORELBINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
540.	VINORELBINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
541.	VINORELBINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
542.	VINORELBINUM	D31.0	SPOJÓWKA
543.	VINORELBINUM	D31.1	ROGÓWKA
544.	VINORELBINUM	D31.2	SIATKÓWKA
545.	VINORELBINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
546.	VINORELBINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
547.	VINORELBINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
548.	VINORELBINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
549.	VINORELBINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
550.	VINORELBINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
551.	VINORELBINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
552.	VINORELBINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
553.	VINORELBINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
554.	VINORELBINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
555.	VINORELBINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
556.	VINORELBINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
557.	VINORELBINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	VINORELBINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	VINORELBINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	VINORELBINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	VINORELBINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	VINORELBINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	VINORELBINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	VINORELBINUM	D35.0	NADNERCZA
565.	VINORELBINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	VINORELBINUM	D35.2	PRZYSADKA
567.	VINORELBINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	VINORELBINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
569.	VINORELBINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	VINORELBINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
571.	VINORELBINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	VINORELBINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	VINORELBINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	VINORELBINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	VINORELBINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	VINORELBINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	VINORELBINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	VINORELBINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	VINORELBINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	VINORELBINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	VINORELBINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	VINORELBINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	VINORELBINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
584.	VINORELBINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	VINORELBINUM	D37.5	ODBYTNICA
586.	VINORELBINUM	D37.6	WĄTROBA, PEŁCERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
587.	VINORELBINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
588.	VINORELBINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
589.	VINORELBINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
590.	VINORELBINUM	D38.0	KRTAŃ
591.	VINORELBINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	VINORELBINUM	D38.2	OPŁUCNA
593.	VINORELBINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
594.	VINORELBINUM	D38.4	GRASICA
595.	VINORELBINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	VINORELBINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	VINORELBINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	VINORELBINUM	D39.0	MACICA
599.	VINORELBINUM	D39.1	JAJNIK
600.	VINORELBINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	VINORELBINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	VINORELBINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	VINORELBINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	VINORELBINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	VINORELBINUM	D40.1	JĄDRO
606.	VINORELBINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	VINORELBINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	VINORELBINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	VINORELBINUM	D41.0	NERKA
610.	VINORELBINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
611.	VINORELBINUM	D41.2	MOCZOWÓD
612.	VINORELBINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	VINORELBINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	VINORELBINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	VINORELBINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	VINORELBINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	VINORELBINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	VINORELBINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	VINORELBINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	VINORELBINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	VINORELBINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	VINORELBINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	VINORELBINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	VINORELBINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	VINORELBINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	VINORELBINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	VINORELBINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	VINORELBINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	VINORELBINUM	D44.0	TARCZYCA
630.	VINORELBINUM	D44.1	NADNERCZA
631.	VINORELBINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	VINORELBINUM	D44.3	PRZYSADKA
633.	VINORELBINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	VINORELBINUM	D44.5	SZYSZYŃKA
635.	VINORELBINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	VINORELBINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
637.	VINORELBINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
638.	VINORELBINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
639.	VINORELBINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
640.	VINORELBINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	VINORELBINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
642.	VINORELBINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	VINORELBINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	VINORELBINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	VINORELBINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	VINORELBINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	VINORELBINUM	D48.4	OTRZEWNA
648.	VINORELBINUM	D48.5	SKÓRA
649.	VINORELBINUM	D48.6	SUTEK
650.	VINORELBINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	VINORELBINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	VINORELBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	VINORELBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.64.

TEMOZOLOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TEMOZOLOMIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
2.	TEMOZOLOMIDUM	C16.0	WPÓST <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
3.	TEMOZOLOMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
4.	TEMOZOLOMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
5.	TEMOZOLOMIDUM	C16.3	UJSCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
6.	TEMOZOLOMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
7.	TEMOZOLOMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
8.	TEMOZOLOMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
9.	TEMOZOLOMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
10.	TEMOZOLOMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
11.	TEMOZOLOMIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
12.	TEMOZOLOMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
13.	TEMOZOLOMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
14.	TEMOZOLOMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
15.	TEMOZOLOMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	TEMOZOLOMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
17.	TEMOZOLOMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKRESŁONE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
18.	TEMOZOLOMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
19.	TEMOZOLOMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
20.	TEMOZOLOMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
21.	TEMOZOLOMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
22.	TEMOZOLOMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
23.	TEMOZOLOMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
24.	TEMOZOLOMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
25.	TEMOZOLOMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
26.	TEMOZOLOMIDUM	C18.7	ESICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
27.	TEMOZOLOMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
28.	TEMOZOLOMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESŁONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
29.	TEMOZOLOMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
30.	TEMOZOLOMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
31.	TEMOZOLOMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
32.	TEMOZOLOMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
33.	TEMOZOLOMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
34.	TEMOZOLOMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
35.	TEMOZOLOMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
36.	TEMOZOLOMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
37.	TEMOZOLOMIDUM	C38.0	SERCE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
38.	TEMOZOLOMIDUM	C38.1	SRODPIERSIE PRZEDNIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
39.	TEMOZOLOMIDUM	C38.2	SRODPIERSIE TYLNE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
40.	TEMOZOLOMIDUM	C38.3	SRODPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
41.	TEMOZOLOMIDUM	C38.4	OPŁUCNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
42.	TEMOZOLOMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KONCZYNY GORNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
43.	TEMOZOLOMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
44.	TEMOZOLOMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
45.	TEMOZOLOMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
46.	TEMOZOLOMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KONCZYNY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
47.	TEMOZOLOMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KONCZYNY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
48.	TEMOZOLOMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
49.	TEMOZOLOMIDUM	C41.1	ŻUCHWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
50.	TEMOZOLOMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
51.	TEMOZOLOMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
52.	TEMOZOLOMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚC KRZYŻOWA I GUZICZNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	TEMOZOLOMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
54.	TEMOZOLOMIDUM	C41.9	KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
55.	TEMOZOLOMIDUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
56.	TEMOZOLOMIDUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
57.	TEMOZOLOMIDUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
58.	TEMOZOLOMIDUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
59.	TEMOZOLOMIDUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKRESŁONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
60.	TEMOZOLOMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
61.	TEMOZOLOMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
62.	TEMOZOLOMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
63.	TEMOZOLOMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
64.	TEMOZOLOMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
65.	TEMOZOLOMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWOW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
66.	TEMOZOLOMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
67.	TEMOZOLOMIDUM	C48.0	PRZESTRZEN ZAOTRZEWNOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
68.	TEMOZOLOMIDUM	C48.1	OKRESŁONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
69.	TEMOZOLOMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKRESŁONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
70.	TEMOZOLOMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	TEMOZOLOMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
72.	TEMOZOLOMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
73.	TEMOZOLOMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
74.	TEMOZOLOMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
75.	TEMOZOLOMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
76.	TEMOZOLOMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
77.	TEMOZOLOMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKRESLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
78.	TEMOZOLOMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
79.	TEMOZOLOMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
80.	TEMOZOLOMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
81.	TEMOZOLOMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
82.	TEMOZOLOMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
83.	TEMOZOLOMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
84.	TEMOZOLOMIDUM	C67.0	TROJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
85.	TEMOZOLOMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
86.	TEMOZOLOMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
87.	TEMOZOLOMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
88.	TEMOZOLOMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
89.	TEMOZOLOMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
90.	TEMOZOLOMIDUM	C67.6	UJSCIE MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
91.	TEMOZOLOMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
92.	TEMOZOLOMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
93.	TEMOZOLOMIDUM	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
94.	TEMOZOLOMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
95.	TEMOZOLOMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
96.	TEMOZOLOMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
97.	TEMOZOLOMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
98.	TEMOZOLOMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
99.	TEMOZOLOMIDUM	C69.6	OCZODOŁ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
100.	TEMOZOLOMIDUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	TEMOZOLOMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	TEMOZOLOMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	TEMOZOLOMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	TEMOZOLOMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	TEMOZOLOMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	TEMOZOLOMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
107.	TEMOZOLOMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	TEMOZOLOMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	TEMOZOLOMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	TEMOZOLOMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
111.	TEMOZOLOMIDUM	C72.1	OGON KONSKI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
112.	TEMOZOLOMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
113.	TEMOZOLOMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
114.	TEMOZOLOMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
115.	TEMOZOLOMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
116.	TEMOZOLOMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
117.	TEMOZOLOMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
118.	TEMOZOLOMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
119.	TEMOZOLOMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	TEMOZOLOMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
121.	TEMOZOLOMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
122.	TEMOZOLOMIDUM	C76.2	BRZUCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
123.	TEMOZOLOMIDUM	C76.3	MIEDNICA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
124.	TEMOZOLOMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
125.	TEMOZOLOMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
126.	TEMOZOLOMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
127.	TEMOZOLOMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
128.	TEMOZOLOMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	TEMOZOLOMIDUM	D33.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
130.	TEMOZOLOMIDUM	D33.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
131.	TEMOZOLOMIDUM	D33.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
132.	TEMOZOLOMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
133.	TEMOZOLOMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
134.	TEMOZOLOMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
135.	TEMOZOLOMIDUM	D43.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
136.	TEMOZOLOMIDUM	D43.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
137.	TEMOZOLOMIDUM	D43.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
138.	TEMOZOLOMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
139.	TEMOZOLOMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
140.	TEMOZOLOMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
141.	TEMOZOLOMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <i>w przypadku: indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.</i>

Załącznik C.65.b.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej</i> <i>charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa</i>

Załącznik C.65.c.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA w przypadku: indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek $\leq 10 \times 10^3 / \mu\text{l}$), w skojarzeniu z kwasem all- trans- retynowym

Załącznik C.67.

BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
2.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
3.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
4.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
5.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
6.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
7.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
8.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> <i>a) oporności na rytuksymab lub</i> <i>b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> <i>c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
9.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C82.1	<p>MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
10.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C82.7	<p>INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
11.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.0	<p>Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
12.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.1	<p>Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii</i> <p><i>albo</i></p> <p><i>w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> b) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
13.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
14.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
15.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESŁONY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
16.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>
17.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>
18.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii</i> albo <i>w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia:</i> a) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> b) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
20.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
21.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
22.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
23.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
24.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
25.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA <i>w przypadku:</i> <i>a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,</i> <i>b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.</i>

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI <i>uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie</i>

Załącznik C.69.a.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	AZACITIDINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
2	AZACITIDINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
3	AZACITIDINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
4	AZACITIDINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
5	AZACITIDINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
6	AZACITIDINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
7	AZACITIDINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
8	AZACITIDINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
9	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10	AZACITIDINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA (CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.69.b.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (<i>AML</i>) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.70.a.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIBUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)</i>

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIBUM	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY <i>w przypadku udokumentowanej obecności rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ</i>

Załącznik C.70.c.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIBUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)</i>

Załącznik C.70.d.

IMATINIB

Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117. W chorobie zaawansowanej/przerzutowej leczenie stosowane jest do czasu wystąpienia progresji (u pacjentów z progresją w trakcie podawania dawki standardowej możliwe jest kontynuowanie terapii po zwiększeniu dawki do 800 mg dziennie) lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W leczeniu uzupełniającym lek stosowany jest u pacjentów z ryzykiem nawrotu $\geq 50\%$ wg klasyfikacji AJCCNCCN-AFIP i obecnością mutacji KIT lub PDGFR- α bez mutacji PDGFR- α D842V nie dłużej niż 36 miesięcy lub do wystąpienia nawrotu lub niepożądanych działań uniemożliwiających kontynuowanie terapii.

Imatynib u dzieci stosowany jest według schematu:

- a) dzieci o powierzchni ciała do 1m²: 340 mg/m², dawka dobowo jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,*
- b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m² dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	IMATINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	IMATINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	IMATINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	IMATINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	IMATINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	IMATINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	IMATINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	IMATINIB	C16.0	WPUST
10.	IMATINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	IMATINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	IMATINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	IMATINIB	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	IMATINIB	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	IMATINIB	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	IMATINIB	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	IMATINIB	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	IMATINIB	C17.0	DWUNASTNICA
19.	IMATINIB	C17.1	JELITO CZCZE
20.	IMATINIB	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	IMATINIB	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	IMATINIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A CIENKIEGO
23.	IMATINIB	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	IMATINIB	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	IMATINIB	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	IMATINIB	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	IMATINIB	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	IMATINIB	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	IMATINIB	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	IMATINIB	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	IMATINIB	C18.7	ESICA
32.	IMATINIB	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A GRUBEGO
33.	IMATINIB	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	IMATINIB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	IMATINIB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
36.	IMATINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	IMATINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	IMATINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	IMATINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.71.

PLERIXAFORUM

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

- 1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce $\geq 10 \mu\text{g/kg}$ jeśli stosowany sam lub $\geq 5 \mu\text{g/kg}$ po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż $10/\mu\text{l}$ w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF
lub
- 2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
 - a) mniej niż $2,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
lub
 - b) mniej niż $4,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PLERIXAFORUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	PLERIXAFORUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	PLERIXAFORUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	PLERIXAFORUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	PLERIXAFORUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	PLERIXAFORUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	PLERIXAFORUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	PLERIXAFORUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	PLERIXAFORUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	PLERIXAFORUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	PLERIXAFORUM	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	PLERIXAFORUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	PLERIXAFORUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	PLERIXAFORUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	PLERIXAFORUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	PLERIXAFORUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	PLERIXAFORUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	PLERIXAFORUM	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	PLERIXAFORUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	PLERIXAFORUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	PLERIXAFORUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	PLERIXAFORUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	PLERIXAFORUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	PLERIXAFORUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	PLERIXAFORUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	PLERIXAFORUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	PLERIXAFORUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	PLERIXAFORUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	PLERIXAFORUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	PLERIXAFORUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	PLERIXAFORUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	PLERIXAFORUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	PLERIXAFORUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	PLERIXAFORUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	PLERIXAFORUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	PLERIXAFORUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	PLERIXAFORUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	ANAGRELIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA <i>z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie</i>
2.	ANAGRELIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	ANAGRELIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

NELARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NELARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
2.	NELARABINUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
3.	NELARABINUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>

Załącznik C.76.

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BORTEZOMIBUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	BORTEZOMIBUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	BORTEZOMIBUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
4	BORTEZOMIBUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
5	BORTEZOMIBUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMORKOWA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
6	BORTEZOMIBUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAC SZPICZAKA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
7	BORTEZOMIBUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	BORTEZOMIBUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.79.a.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA w przypadku: – kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
3	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU w przypadku: – pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka – młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępnym w ośrodku – kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
4	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA w przypadku: – pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka – kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.79.b.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.1	CHOROBA SÉZARY'EGO

GEFITYNIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	GEFITYNIBUM	C34	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</p> <p><i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i></p> <p>a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),</p> <p>b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified - NOS</i>),</p> <p>c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. <i>epidermal growth factor receptor - EGFR</i>) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</p> <p>d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),</p> <p>e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),</p> <p>f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,</p> <p>g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,</p> <p>h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</p> <p>Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.</p>

ERLOTINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	ERLOTINIBUM	C34	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</p> <p><i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i></p> <p>a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzyz niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),</p> <p>b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified - NOS</i>),</p> <p>c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. <i>epidermal growth factor receptor - EGFR</i>) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</p> <p>d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),</p> <p>e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),</p> <p>f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,</p> <p>g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,</p> <p>h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</p> <p>Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.</p>

Załącznik C.82.a.

BEVACIZUMAB

1. w leczeniu dorosłych pacjentów z noworozpoznanym zaawansowanym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem lub w monoterapii:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1 cm,
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

b. w skojarzeniu z olaparibem:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III, niezależnie od choroby resztkowej, wyłącznie u chorych z mutacją w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD),
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 22 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

2. w leczeniu dorosłych pacjentów z pierwszym nawrotem wrażliwego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatiną i gemcytabiną lub w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem:

- niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0- 2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

3. w leczeniu dorosłych pacjentów z nawrotem opornego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z paklitakselem, topotekanem inj. lub pegylowaną liposomalną doksorubicyną:

- niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMAB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
2.	BEVACIZUMAB	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
3.	BEVACIZUMAB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ
4.	BEVACIZUMAB	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
5.	BEVACIZUMAB	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
6.	BEVACIZUMAB	C57.4	PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.82.b.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Dla wszystkich wskazań:

- *przetwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii,*
- *niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii cisplatyną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego,*
- *czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
2.	BEVACIZUMABUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
3.	BEVACIZUMABUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.82.c.

BEVACIZUMAB

Lek stosowany jest w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą fluoropirymidynę lub triflurydynę z typiracylem u pacjentów z nowotworem w stopniu zaawansowania IV (uogólnionym). Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Dawkowanie leku prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	BEVACIZUMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO – ODBYTNICZEGO
3.	BEVACIZUMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.82.d.

BEVACIZUMABUM

Terapia stosowana wyłącznie w skojarzeniu z atezolizumabem.

Bewacyzumab stosowany w dawce 15 mg/kg masy ciała, podawanej we wlewie dożylnym co trzy tygodnie.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.83.

DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.84.a.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	C90.0	<p>SZPICZAK PLAZMOCYTOWY</p> <p>w przypadku:</p> <p><i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem lub bortezomibem i deksametazonem lub melfalanem i prednizonem dorosłych pacjentów z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT),</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jeden schemat leczenia,</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>monoterapii w leczeniu podtrzymującym dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym po przeszczepieniu autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT) stosowanym po pierwszej linii leczenia</i></p>

Załącznik C.84.b.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
2.	LENALIDOMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
3.	LENALIDOMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
4.	LENALIDOMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
5.	LENALIDOMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	LENALIDOMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
7.	LENALIDOMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
8.	LENALIDOMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>

Załącznik C.84.c.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
2.	LENALIDOMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
3.	LENALIDOMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
4.	LENALIDOMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszczą</i>

Załącznik C.84.d.

LENALIDOMIDUM

Stosowanie lenalidomidu w połączeniu z rytuksymabem w niżej wymienionych wskazaniach powinno być zgodne z rekomendacjami ESMO lub NCCN.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
2.	LENALIDOMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
3.	LENALIDOMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
4.	LENALIDOMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z tafasytamabem dorosłych pacjentów z nawrotową albo oporną na leczenie postacią chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</i>
5.	LENALIDOMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzożnej</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	LENALIDOMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku:</i> <i>leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzeżnej</i> <i>albo</i> <i>leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszczka</i>

Załącznik C.85.

ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.86.a.

TRASTUZUMABUM I.V.

1. W monoterapii

albo

2. w skojarzeniu z:

a) chemioterapią,

lub

b) hormonoterapią,

lub

c) pertuzumabem.

Dla wszystkich wskazań:

- potwierdzenie histologiczne inwazyjnego raka piersi,*
- dodatni stan HER2 – ekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- zaawansowanie w stopniu wczesnym ze wskazaniami do leczenia przedoperacyjnego lub pooperacyjnego albo zaawansowanie w stadium uogólnienia ze wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z wytycznymi ChPL lub PTOK.*

Leczenie przerzutowego raka piersi powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania. Możliwe jest leczenie trastuzumabem i.v. po progresji w połączeniu z inną terapią przeciwnowotworową.

Leczenie okołooperacyjnego raka piersi powinno być stosowane w horyzoncie maksymalnie 18 podań leku lub do 1 roku terapii lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
3.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.6	CZEŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.b.

TRASTUZUMABUM I.V.

W skojarzeniu z cisplatyną (albo oksaliplatyną) i fluorouracylem albo cisplatyną (albo oksaliplatyną) i kapecytabiną:

- potwierdzenie histologiczne gruczolowego raka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- zaawansowanie w stadium uogólnienia z wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z ChPL lub wytycznymi PTOK.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.0	WPUST
2.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
3.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
4.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
5.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.4	ODŹWIERNIK
6.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
7.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
8.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
9.	TRASTUZUMABUM I.V.	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.c.

TRASTUZUMAB I.V.

W skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną:

- potwierdzenie histologiczne surowiczego raka endometrium,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- stopień zaawansowania klinicznego III lub IV wg klasyfikacji FIGO lub nawrotowego raka bez względu na pierwotny stopień zaawansowania,
- stopień sprawności 0-2 według ECOG.

Dawka trastuzumabu pierwszego dnia pierwszego cyklu to dawka nasycająca wynosząca 8 mg/kg m.c. podawana przez 90 minut. Począwszy od 21. dnia należy podawać trastuzumab w dawce 6 mg/kg m.c., dożylnie co 21 dni i kontynuować leczenie przez czas nieokreślony co 21 dni po zakończeniu 6 cykli terapii cytotoksycznej i do czasu progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.0	CIEŚŃ MACICY, ODCINEK DOLNY
2.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
3.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.2	MIĘSIEŃ MACICY
4.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.3	DNO MACICY
5.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZONU MACICY
6.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.9	TRZON MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.87.a.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTAN ABIRATERONU	C61	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO</p> <p><i>w przypadku:</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na nowo rozpoznanego hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami, w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej; wysokie ryzyko definiowane jest jako występowanie co najmniej 2 z 3 czynników: wskaźnik Gleasona ≥ 8, obecność ≥ 3 przerzutów do kości, obecność przerzutów do narządów trzewnych (z wyłączeniem węzłów chłonnych). Leczenie należy rozpocząć najpóźniej po trzech miesiącach od wdrożenia deprywacji androgenowej.</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia bezobjawowych lub skąpo objawowych dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu deprywacji androgenowej, u których zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie,</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel,</i></p> <p><i>Octan abirateronu może być zastosowany u danego pacjenta na podstawie załączników C.87.a. albo C.87.b. tylko w jednym z wymienionych wskazań. Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i></p>

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTAN ABIRATERONU	C61	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO</p> <p>w przypadku:</p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, którzy nie spełniają kryteriów wskazania rejestracyjnego wymienionych w załączniku C.87.a., w połączeniu z deprywacją androgenową jako samodzielne leczenie lub początkowo w skojarzeniu z trwającą przez 18 tyg. chemioterapią opartą o docetaksel,</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.),</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów w ramach uzupełniającej hormonoterapii w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej przez maksymalnie 2 lata, z grupy wysokiego ryzyka po radioterapii radykalnej, u których zdiagnozowano:</i></p> <p><i>a) obecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/+),</i></p> <p><i>lub</i></p> <p><i>b) nieobecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/-) i przynajmniej 2 z 3 czynników: cecha T3-4, wskaźnik Gleasona 8-10, stężenie PSA równe lub większe niż 40 ng/ml.</i></p> <p><i>Octan abirateronu może być zastosowany u danego pacjenta na podstawie załączników C.87.a. albo C.87.b. tylko w jednym z wymienionych wskazań. Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i></p>

Załącznik C.88.a.

SUNITINIB

Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117 po niepowodzeniu leczenia imatynibem w wyniku progresji lub nietolerancji.

Sunitynib u dzieci stosowany jest według schematu:

- a) *dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,*
- b) *dzieci poniżej 6.r.ż. - dawka powinna być indywidualnie ustalana poczynając od 25 mg na dobę. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać przerwę w przyjmowaniu leku.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	SUNITINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	SUNITINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	SUNITINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	SUNITINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	SUNITINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	SUNITINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	SUNITINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	SUNITINIB	C16.0	WPUST
10.	SUNITINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	SUNITINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	SUNITINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	SUNITINIB	C16.4	ODŹWIERNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
14.	SUNITINIB	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	SUNITINIB	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	SUNITINIB	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	SUNITINIB	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	SUNITINIB	C17.0	DWUNASTNICA
19.	SUNITINIB	C17.1	JELITO CZCZE
20.	SUNITINIB	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	SUNITINIB	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	SUNITINIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	SUNITINIB	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	SUNITINIB	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	SUNITINIB	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	SUNITINIB	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	SUNITINIB	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	SUNITINIB	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	SUNITINIB	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	SUNITINIB	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	SUNITINIB	C18.7	ESICA
32.	SUNITINIB	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	SUNITINIB	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	SUNITINIB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	SUNITINIB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	SUNITINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
37.	SUNITINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	SUNITINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	SUNITINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.88.b.

SUNITINIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym lub przerzutowym nieoperacyjnym mięsakiem pęcherzykowym (alveolar soft part sarcoma) lub samotnym guzem włóknistym (solitary fibrous tumor), a także u wcześniej poddanych chemioterapii pacjentów z mięsakiem naczyniowym (angiosarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego.

Dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg na dobę. W celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
2.	SUNITINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ (KREZKA, KREZKA OKRĘŻNICY, SIEĆ, OTRZEWNA ŚCIENNA I MIEDNICY)
3.	SUNITINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
4.	SUNITINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
5.	SUNITINIB	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI (TKANKA ŁĄCZNA: UCHA, POWIEKI)
6.	SUNITINIB	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
7.	SUNITINIB	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
8.	SUNITINIB	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ, (DÓŁ PACHOWY, PRZEPONA, DUŻE NACZYNIA)
9.	SUNITINIB	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA (ŚCIANA JAMY BRZUSZNEJ, PODŻEBRZE)
10.	SUNITINIB	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY, (POŚLADEK, PACHWINA, KROCZE)
11.	SUNITINIB	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE, (GRZBIET BNO)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	SUNITINIB	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANEK MIĘKKICH
13.	SUNITINIB	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.88.c.

SUNITINIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją pazopanibu albo sorafenibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia sunitynibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sorafenib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sunitynib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.88.d.

SUNITINIB

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokryny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii sunitinibem.*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI <i>Wyspy trzustkowe Langerhansa</i>

Załącznik C.89.a.

SORAFENIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym/przerzutowym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia imatynibem oraz sunitynibem.

Sorafenib stosowany w dawce 400 mg (dwie tabletki po 200 mg) dwa razy na dobę.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	SORAFENIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	SORAFENIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	SORAFENIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	SORAFENIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	SORAFENIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	SORAFENIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	SORAFENIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	SORAFENIB	C16.0	WPUST
10.	SORAFENIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	SORAFENIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	SORAFENIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	SORAFENIB	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	SORAFENIB	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	SORAFENIB	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	SORAFENIB	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	SORAFENIB	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	SORAFENIB	C17.0	DWUNASTNICA
19.	SORAFENIB	C17.1	JELITO CZCZE
20.	SORAFENIB	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	SORAFENIB	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	SORAFENIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	SORAFENIB	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	SORAFENIB	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	SORAFENIB	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	SORAFENIB	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	SORAFENIB	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	SORAFENIB	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	SORAFENIB	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	SORAFENIB	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	SORAFENIB	C18.7	ESICA
32.	SORAFENIB	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	SORAFENIB	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	SORAFENIB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	SORAFENIB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	SORAFENIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	SORAFENIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	SORAFENIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
39.	SORAFENIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNIEJ

Załącznik C.89.b.

SORAFENIB

Lek stosowany u pacjentów z rozpoznaniem nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka wątrobowokomórkowego (HCC), którzy wcześniej nie zostali poddani systemowemu leczeniu z powodu HCC.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.89.c.

SORAFENIB

- nowotwór w stadium zaawansowanym,
- korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanibu),
- udokumentowane niepowodzenie leczenia cytokinami (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanib),
- uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia sorafenibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sunitinib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sorafenib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.89.d.

SORAFENIB

- 1) *brodawkowaty, pęcherzykowy lub onkocytarny rak tarczycy;*
- 2) *nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytyjącej jodu lub progresji pomimo wychwyty jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii;*
- 3) *progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY

Załącznik C.91.a.

EVEROLIMUS

- nowotwór w stadium zaawansowanym,
- udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (jedna albo dwie linie) lub udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem immunoterapii albo immunoterapii i inhibitorów kinaz tyrozynowych,
- 2 albo 3 linia leczenia,
- może być stosowany jako kontynuacja rozpoczętej terapii u pacjentów, którzy byli leczeni wcześniej cytokinami i inhibitorami kinaz tyrozynowych oraz rozpoczęli leczenie ewerolimusem w programie lekowym na zasadach w nim obowiązujących.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.91.b.

EVEROLIMUS

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokryny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii ewerolimusem,*

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI <i>Wyspy trzustkowe Langerhansa</i>

Załącznik C.91.c.

EVEROLIMUS

W leczeniu dzieci, młodzieży i dorosłych chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA, ang. subependymal giant cell astrocytoma).

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE

Załącznik C.92.a.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>leczenie dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej</i> <i>w przypadku:</i> <i>niepowodzenia, utraty odpowiedzi lub nietolerancji na uprzednie leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej, w tym leczenie imatynibem.</i>

Załącznik C.92.b.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C91.0	<p>OŚTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA</p> <p><i>leczenie dorosłych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) oraz dorosłych chorych na kryżę limfoblastyczną przewlekłej białaczki szpikowej</i></p> <p><i>w przypadku:</i></p> <p><i>oporności lub niepowodzenia leczenia (np. brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję) albo wznowy hematologicznej lub molekularnej (narastanie mierzalnej choroby resztkowej), jeśli protokół wcześniejszego leczenia nie obejmował dazatynibu,</i></p> <p><i>lub</i></p> <p><i>gdy wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie,</i></p> <p><i>lub</i></p> <p><i>gdy uzyskano całkowitą remisję hematologiczną lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia dazatynibem i prowadzone jest leczenie podtrzymujące obejmujące dazatynib, w tym po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w szczególności jeśli przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej),</i></p> <p><i>lub</i></p> <p><i>gdy przy rozpoznaniu lub na jakimkolwiek etapie leczenia stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).</i></p>

Załącznik C.92.c.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>leczenie dzieci i młodzieży do lat 18 z przewlekłą białaczką szpikową z chromosomem Filadelfia (Ph+) w fazie przewlekłej</i> <i>w przypadku:</i> <i>nowo rozpoznanej przewlekłej białaczki szpikowej</i> <i>lub</i> <i>oporności lub nietolerancji na uprzednie leczenie, w tym leczenie imatynibem</i>
2.	DASATINIB	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>leczenie w skojarzeniu z chemioterapią dzieci i młodzieży do lat 18 z nowo rozpoznaną ostrą białaczką limfoblastyczną z chromosomem Filadelfia (Ph+)</i>

Załącznik C.93.

TRABECTEDIN

1) *W leczeniu pacjentów chorych na nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma), po niepowodzeniu leczenia antracykliną i ifosfamidem albo z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania tych leków.*

2) *W leczeniu pacjentek z nawrotowym platynowrażliwym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej, u których jest przeciwwskazane zastosowanie schematu zawierającego związek platyny, w skojarzeniu z pegylowaną liposomalną doksorubicyną (PLD).*

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRABECTEDIN	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
2.	TRABECTEDIN	C49	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
3.	TRABECTEDIN	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
4.	TRABECTEDIN	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Załącznik C.94.

PANITUMUMAB

W leczeniu chorych na nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego, z nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E:

- a) w skojarzeniu z chemioterapią pierwszej linii FOLFOX lub FOLFIRI (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołoperacyjne oraz stosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);*
- b) w skojarzeniu z chemioterapią drugiej linii FOLFIRI, w przypadku progresji po wcześniejszej chemioterapii niezawierającej irynotekanu, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołoperacyjne oraz zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);*
- c) w monoterapii, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).*

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania panitumumabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności leku anty-EGFR, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z grupy anty-EGFR, przy czym taka zmiana nie zmieni linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PANITUMUMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	PANITUMUMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	PANITUMUMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.95.a.

CETUXIMAB

W leczeniu chorych na nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego, z nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E:

- a) w skojarzeniu z chemioterapią pierwszej linii FOLFOX lub FOLFIRI (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz stosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);*
- b) w monoterapii albo w skojarzeniu z irynotekaniem, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirydynę, oksaliplatinę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).*

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania cetuksymabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności leku anty-EGFR, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z grupy anty-EGFR, przy czym taka zmiana nie zmieni linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinym wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m² powierzchni ciała w 1-godzinym wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinym wlewie – w odstępach 14-dniowych.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CETUXIMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	CETUXIMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	CETUXIMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.95.b.

CETUXIMAB

1. *plaskonablonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie:*

— *stopień III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach).*

Leczenie trwa do czasu zakończenia planowanej radioterapii lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie - w tym związanych z przerwaniem napromieniania lub przerwą w napromienianiu przekraczającą 2 tygodnie.

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinym wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m² powierzchni ciała w 1-godzinnym wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinym wlewie – w odstępach 14-dniowych.

2. *plaskonablonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny w zaawansowanej chorobie:*

— *nawrót lub przerzuty odległe przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania),*

— *wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem),*

— *brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU.*

Schemat EXTREME – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 250 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 7-dniowych lub 500 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Schemat TPEx – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Po zakończeniu podawania chemioterapii (wg schematów EXTREME, TPEx) leczenie podtrzymujące cetuksymabem trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CETUXIMAB	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
2.	CETUXIMAB	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
3.	CETUXIMAB	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
4.	CETUXIMAB	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
5.	CETUXIMAB	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
6.	CETUXIMAB	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
7.	CETUXIMAB	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
8.	CETUXIMAB	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
9.	CETUXIMAB	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10.	CETUXIMAB	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
11.	CETUXIMAB	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
12.	CETUXIMAB	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
13.	CETUXIMAB	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
14.	CETUXIMAB	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>

Załącznik C.95.c.

CETUXIMAB

Płaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z chemioterapią (z zastosowaniem paklitakselu lub docetakselu) lub w monoterapii w chorobie nawrotowej lub przerzutowej:

- niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem chemioterapii opartej o związki platyny oraz inhibitory PD-1 podawane jako leczenie skojarzone (pembrolizumab) lub sekwencyjne (niwolumab),
- wykluczenie uprzedniego stosowania leków anty-EGFR (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią).

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² – dawka nasycająca 1, kolejne dawki 250 mg/m² co 7 dni lub 500 mg/m² co 14 dni.

Czas trwania terapii: cetuksymab - do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności związanej z leczeniem.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CETUXIMAB	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
2.	CETUXIMAB	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
3.	CETUXIMAB	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
4.	CETUXIMAB	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
5.	CETUXIMAB	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
6.	CETUXIMAB	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	CETUXIMAB	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
8.	CETUXIMAB	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
9.	CETUXIMAB	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
10.	CETUXIMAB	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
11.	CETUXIMAB	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
12.	CETUXIMAB	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
13.	CETUXIMAB	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>
14.	CETUXIMAB	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na taksanach lub w monoterapii</i>

Załącznik C.96.

LAPATINIB

Lek stosowany w skojarzeniu z kapecytabiną lub trastuzumabem i.v. lub hormonoterapią, u chorych na przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi w drugiej lub kolejnej linii leczenia, a w pierwszej linii tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LAPATINIB	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	LAPATINIB	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI
3.	LAPATINIB	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	LAPATINIB	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	LAPATINIB	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	LAPATINIB	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	LAPATINIB	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	LAPATINIB	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	LAPATINIB	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.97.

CABAZITAXEL

W skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem jest wskazany do leczenia pacjentów dorosłych z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami, leczonych wcześniej docetakselem.

Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CABAZITAXEL	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.98.

RADIUM (223RA) DICHLORIDE

W leczeniu pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami po uprzednim zastosowaniu, z powodu przerzutowego raka gruczołu krokowego, hormonoterapii lekiem nowej generacji (nowe antyandrogeny lub octan abirateronu) i chemioterapii albo brak możliwości lub medycznego uzasadnienia do ich zastosowania.

Potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności przynajmniej 6 przerzutów w kościach (w szczególnych przypadkach włączenie leczenia może dotyczyć chorych z liczbą przerzutów 4-5, jeżeli cechy choroby przemawiają za dużą szansą pozytywnego działania po ocenie stanu układu kostnego (scyntygrafia i pomiar gęstości mineralnej kości) oraz ocenie ryzyka złamań).

Nieobecność przerzutów w narządach wewnętrznych z wyjątkiem przerzutów w węzłach chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie, jednak nie dłużej niż 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RADIUM (223RA) DICHLORIDE	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.99.

AKSITINIB

Leczenie zaawansowanego stadium nowotworu nerkowokomórkowego, z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych, u dorosłych pacjentów po udokumentowanym niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	AKSITINIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.100.

TEMSIROLIMUS

Leczenie pierwszego rzutu nowotworu nerkowokomórkowego w stadium zaawansowanym u dorosłych pacjentów.

Kwalifikacja do leczenia pacjentów o sprawności w skali Karnofsky'ego 60-100.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TEMSIROLIMUS	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.101.a.

POMALIDOMID

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	POMALIDOMID	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY w przypadku: <i>leczenia w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid</i> albo <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu oraz w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby*</i>

*dotyczy także leczenia skojarzonego z dodatkową składową refundowaną w ramach programu lekowego B.54. „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego (ICD-10: C90.0)” ze schematem Pd

Załącznik C.101.b.

POMALIDOMID

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	POMALIDOMID	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY <i>w przypadku:</i> <i>leczenia w skojarzeniu z cyklofosfamidem i deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid</i> <i>albo</i> <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid</i>

Załącznik C.102.

BOSUTINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BOSUTINIB	C92.1	<p>PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA z udokumentowaną przy rozpoznaniu obecnością genu <i>BCR-ABL1</i> lub chromosomu Filadelfia (<i>Ph+</i>)</p> <p>w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none">– leczenia dorosłych chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej z wysokim ryzykiem wg <i>ELTS (EUTOS long-term survival score)</i>;– leczenia dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej, którzy byli wcześniej leczeni jednym lub wieloma inhibitorami kinazy tyrozynowej i w przypadku których imatynib, nilotynib i dazatynib nie są właściwymi produktami leczniczymi – postępowanie zgodnie z aktualnymi rekomendacjami <i>European LeukemiaNet</i> lub <i>PALG (Polish Adult Leukemia Group)</i>.

Załącznik C.103.

NILOTINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NILOTINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA z udokumentowaną przy rozpoznaniu obecnością genu <i>BCR-ABL1</i> lub chromosomu Filadelfia (<i>Ph+</i>) w przypadku: – leczenia dorosłych chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej z wysokim ryzykiem wg <i>ELTS</i> (<i>EUTOS long-term survival score</i>); – leczenia dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji, w przypadku oporności lub nietolerancji na uprzednie leczenie, w tym leczenie imatynibem – postępowanie zgodnie z aktualnymi rekomendacjami <i>European LeukemiaNet</i> lub <i>PALG</i> (<i>Polish Adult Leukemia Group</i>).

Załącznik C.104.a.

NAB-PACLITAXEL I.V.

Leczenie w monoterapii przerzutowego raka piersi u dorosłych pacjentów, u których leczenie pierwszego rzutu choroby przerzutowej okazało się nieskuteczne, i u których nie można zastosować standardowej terapii z antracyklinami.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.104.b.

NAB-PACLITAXEL I.V.

Leczenie w skojarzeniu z karboplatiną pierwszego rzutu niedrobnokomórkowego raka płuc u dorosłych pacjentów, którzy nie kwalifikują się do radykalnego zabiegu chirurgicznego lub radioterapii.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w skojarzeniu z karboplatiną</i>

Załącznik C.104.c.

NAB-PACLITAXEL I.V.

- ukończony 18. rok życia,
- przerzutowy gruczolakorak trzustki w stadium uogólnienia,
- brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX,
- wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o założeniu paliatywnym.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
2.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.1	TRZON TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
3.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.2	OGON TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
4.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
5.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
6.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZUSTKI w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>
7.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C25.9	TRZUSTKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i>

Załącznik C.105.a.

REGORAFENIB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego u dorosłych pacjentów, po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan, leki anty-VEGF oraz anty-EGFR lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	REGORAFENIB	C18.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	REGORAFENIB	C19.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	REGORAFENIB	C20.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.105.b.

REGORAFENIB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego (HCC) u dorosłych pacjentów, w drugiej linii leczenia po wcześniejszej terapii sorafenibem lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do jego zastosowania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	REGORAFENIB	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.106.

RAMUCIRUMAB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego (HCC) u dorosłych pacjentów, u których stężenie alfa-fetoproteiny (AFP) w surowicy krwi wynosi ≥ 400 ng/ml, w drugiej linii leczenia po wcześniejszej terapii sorafenibem lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do jej zastosowania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RAMUCIRUMAB	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.107.

PAZOPANIB

- ukończony 18. rok życia,
- nowotwór w stadium zaawansowanym,
- korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu albo sorafenibu),
- uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W przypadku nietolerancji leczenia pazopanibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sorafenib, sunitynib) lub odwrotnie tj. innego leku na pazopanib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PAZOPANIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKINERKOWEJ

Załącznik C.107.b.

PAZOPANIB

Leczenie mięsaków tkanek miękkich z wyjątkiem następujących typów: tłuszczakomięsak (wszystkie podtypy), mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy inne niż pleomorficzny lub pęcherzykowy, chrzęstniakomięsak, mięsak kościopochodny, mięsak Ewinga/PNET, GIST, włókniakomięsak guzowaty skóry, zapalny guz miofibroblastyczny (inflammatory myofibroblastic sarcoma), międzybłoniak, mieszany guz mezodermalny trzonu macicy (mixed mesodermal tumor of the uterus).

Leczenie obejmuje dorosłych pacjentów z progresją choroby w trakcie lub przynajmniej po jednym schemacie chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej, lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia chemioterapii neoadiuwantowej lub adiuwantowej.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PAZOPANIB	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
2.	PAZOPANIB	C49	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH

Załącznik C.108.

ERYBULINA

Leczenie dorosłych pacjentów z rakiem piersi miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, z progresją choroby po zastosowaniu co najmniej jednego cyklu chemioterapii w leczeniu zaawansowanej postaci choroby, po uprzednim stosowaniu substancji z grupy antracyklin oraz taksanów w terapii adjuwantowej lub w leczeniu przerzutowej choroby nowotworowej, chyba że u pacjentów wystąpiły przeciwwskazania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	ERYBULINA	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.109.

DENOSUMAB

Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10 oraz:

- w przebiegu nowotworu łitego (potwierdzonego histologicznie lub cytologicznie) – uogólniony proces nowotworowy (IV stopień zaawansowania) i nietolerancja lub przeciwwskazania do stosowania bisfosfonianów,
- w przebiegu szpiczaka plazmocytoowego i nowotworów złośliwych z komórek plazmatycznych – obecność co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości oraz nietolerancja lub przeciwwskazania do stosowania bisfosfonianów lub stwierdzenie zaburzeń funkcji nerek.

Monitorowanie stężenia wapnia oraz decyzje na temat odroczenia lub zakończenia stosowania denosumabu w związku z ryzykiem wystąpienia lub wystąpieniem martwicy kości szczęk należy podejmować zgodnie z zapisami aktualnie obowiązującej ChPL.

Leczenie denosumabem powinno być prowadzone do ustąpienia korzyści terapeutycznych lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DENOSUMAB	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI
2.	DENOSUMAB	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	DENOSUMAB	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	DENOSUMAB	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	DENOSUMAB	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMYUSTNEJ
6.	DENOSUMAB	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	DENOSUMAB	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMYUSTNEJ
8.	DENOSUMAB	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	DENOSUMAB	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	DENOSUMAB	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
11.	DENOSUMAB	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
12.	DENOSUMAB	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
13.	DENOSUMAB	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
14.	DENOSUMAB	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
15.	DENOSUMAB	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	DENOSUMAB	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	DENOSUMAB	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	DENOSUMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	DENOSUMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
20.	DENOSUMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
21.	DENOSUMAB	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
22.	DENOSUMAB	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMYNOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
23.	DENOSUMAB	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
24.	DENOSUMAB	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
25.	DENOSUMAB	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
26.	DENOSUMAB	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
27.	DENOSUMAB	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
28.	DENOSUMAB	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
29.	DENOSUMAB	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI
30.	DENOSUMAB	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
31.	DENOSUMAB	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
32.	DENOSUMAB	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
33.	DENOSUMAB	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
34.	DENOSUMAB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
35.	DENOSUMAB	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
36.	DENOSUMAB	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
37.	DENOSUMAB	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
38.	DENOSUMAB	C90	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Załącznik C.110.

AFLIBERCEPT

W drugiej linii leczenia dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym przerzutowym lub miejscowo zaawansowanym rakiem jelita grubego, w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFIRI, po udokumentowanej nieskuteczności leczenia pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatyny.

Dopuszczalne jest zastosowanie immunoterapii z powodu RJG przed albo po chemioterapii pierwszej linii. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej irynotekaniem lub afliberceptem.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	AFLIBERCEPT	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	AFLIBERCEPT	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	AFLIBERCEPT	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

D 1. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590
3	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675
4	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
7	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
10	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
11	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
13	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
14	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319
15	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
17	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
18	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
19	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
20	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
21	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
22	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327
23	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426
24	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
25	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
26	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
27	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
28	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
29	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
30	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
31	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786
32	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
33	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
34	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
36	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118
37	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
38	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
39	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529
40	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
41	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628
42	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604
43	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519
44	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502
45	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564
46	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540
47	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616
48	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654
49	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
50	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
51	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
52	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
53	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
54	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
55	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
56	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996
57	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
58	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
59	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990936557
60	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502
61	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897
62	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649
63	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
64	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207
65	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214
66	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915
67	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011
68	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114
69	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250
70	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773
72	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803
73	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
74	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
75	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
76	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
77	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
78	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
79	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
80	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
81	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
82	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
83	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
84	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
85	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
86	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
87	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827
88	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926
89	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
90	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
91	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
92	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
93	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
94	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
95	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
96	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
97	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
98	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
99	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
100	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
101	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
102	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
103	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
104	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
105	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
106	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
107	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
108	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
109	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
110	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
111	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
112	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
113	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
114	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
115	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
116	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
117	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
118	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
119	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
120	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
121	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
122	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
123	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
124	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
125	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
126	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
127	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
128	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
129	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833
130	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819
131	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826
132	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
133	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
134	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
135	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
136	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
137	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108
138	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115
139	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
140	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. 100 ml	05909991343279
141	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
142	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
143	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908
144	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
145	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
146	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318
147	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
148	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
149	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
150	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
151	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
152	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800
153	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
154	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
155	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
156	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
157	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
158	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
159	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
160	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
161	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
162	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
163	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
164	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
165	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
166	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
168	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
169	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
170	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
171	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
172	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
173	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
174	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
175	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337
176	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382
177	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168
178	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175
179	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
180	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205
181	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273
182	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266
183	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
184	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
185	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
186	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
187	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
188	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
189	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
190	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
191	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
192	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
193	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
194	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
195	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
196	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
197	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
198	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
199	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
200	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
201	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
202	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
203	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215
204	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
205	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
206	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
207	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
208	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
209	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
210	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
211	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
212	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850
213	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
214	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
215	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
216	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
217	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
218	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
219	Aripiprazolum	Aryfenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762
220	Aripiprazolum	Aryfenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946
221	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
222	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531
223	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
224	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555
225	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
226	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
227	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
228	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034
229	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696
230	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
231	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908
232	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
233	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
234	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984
235	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141
236	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158
237	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202
238	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127
239	Atomoxetineum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173
240	Atomoxetineum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241
241	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380
242	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601
243	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496
244	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985
245	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717
246	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241
247	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938
248	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952
249	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976
250	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990
251	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586
252	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609
253	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
254	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815
255	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647
256	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914
257	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806
258	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173
259	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282
260	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299
261	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464
262	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471
263	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488
264	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336
265	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374
266	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611
267	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710
268	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896
269	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902
270	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919
271	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926
272	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933
273	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940
274	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053
275	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920
276	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951
277	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975
278	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275
279	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305
280	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336
281	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459
282	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655
283	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662
284	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686
285	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730
286	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541
287	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747
288	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792
289	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589
290	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
291	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
292	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
293	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
294	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
295	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400
296	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530
297	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992
298	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547
299	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
300	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
301	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
302	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717
303	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
304	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
305	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
306	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
307	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
308	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
309	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508
310	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539
311	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553
312	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638
313	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652
314	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676
315	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782
316	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805
317	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867
318	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097
319	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103
320	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976
321	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134
322	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042
323	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141
324	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290
325	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368
326	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436
327	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
328	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071
329	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
330	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
331	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
332	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
333	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
334	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
335	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
336	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
337	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
338	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
339	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911
340	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935
341	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997
342	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
343	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
344	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810
345	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816
346	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
347	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
348	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876
349	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738
350	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752
351	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030
352	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
353	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
354	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
355	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
356	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319
357	Azithromycinum	Azycyna, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566
358	Azithromycinum	Azycyna, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573
359	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
360	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520
361	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608
362	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
363	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
364	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
365	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
366	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214
367	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417
368	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	1 but. 150 ml	05909990363223
369	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625
370	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518
371	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
372	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
373	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
374	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
375	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	0590999008469
376	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769
377	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776
378	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
379	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
380	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
381	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
382	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
383	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
384	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
385	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
386	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420
387	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049
388	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056
389	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070
390	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063
391	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
392	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
393	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
394	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
395	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852
396	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869
397	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791
398	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807
399	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501
400	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600
401	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
402	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554
403	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400
404	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448
405	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024
406	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
407	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
408	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483
409	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490
410	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990974641
411	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
412	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
413	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
414	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588
415	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
416	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333
417	Bromocriptinum	Bromocom, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
418	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
419	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
420	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
421	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
422	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
423	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354
424	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323
425	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286
426	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
427	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
428	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
429	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
430	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169
431	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
432	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
433	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
434	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
435	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925
436	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
437	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
438	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
439	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
440	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
441	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
442	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615
443	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714
444	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813
445	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
446	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866
447	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
448	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
449	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
450	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
451	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971
452	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932
453	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963
454	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	0590306020971
455	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	0590306020988
456	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	0590306020995
457	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
458	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
459	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
460	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerosol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
461	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
462	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
463	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
464	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087
465	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
466	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961
467	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029
468	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081
469	Buprenorphinum	Transec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127
470	Buprenorphinum	Transec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226
471	Buprenorphinum	Transec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325
472	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
473	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
474	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919
475	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
476	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
477	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
478	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
479	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
480	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
481	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
482	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
483	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
484	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
485	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
486	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
487	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
488	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
489	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
490	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
491	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
492	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
493	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
494	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
495	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
496	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
497	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876
498	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
499	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
500	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
501	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364
502	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449
503	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289
504	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
505	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
506	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
507	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
508	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
509	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
510	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
511	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
512	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
513	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
514	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
515	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990772209
516	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990772230
517	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990772179
518	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
519	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
520	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
521	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
522	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
523	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
524	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
525	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
526	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
527	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
528	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
529	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
530	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
531	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
532	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
533	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
534	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
535	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
536	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
537	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
538	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
539	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
540	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
541	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
542	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
543	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
544	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
545	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
546	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909
547	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930
548	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862
549	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
550	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886
551	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893
552	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
553	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
554	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
555	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712
556	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428
557	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411
558	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527
559	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510
560	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927
561	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910
562	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
563	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
564	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
565	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
566	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840
567	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857
568	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697
569	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703
570	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145
571	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152
572	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183
573	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190
574	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831
575	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855
576	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
577	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
578	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
579	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
580	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331
581	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355
582	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362
583	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991263386
584	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991263409
585	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416
586	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
587	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456
588	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
589	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383
590	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946
591	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390
592	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953
593	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637
594	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991526108
595	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620
596	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991526115
597	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
598	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
599	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812
600	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213
601	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312
602	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411
603	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575
604	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093
605	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	0590999196077
606	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118
607	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435
608	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212
609	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203
610	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932
611	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949
612	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641
613	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729
614	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736
615	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793
616	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
617	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
618	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441
619	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250
620	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725
621	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
622	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020
623	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
624	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637
625	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618
626	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
627	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409
628	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416
629	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017
630	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116
631	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
632	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
633	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
634	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447
635	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454
636	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
637	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
638	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
639	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
640	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
641	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
642	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
643	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
644	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
645	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
646	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
647	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
648	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
649	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
650	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414
651	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216
652	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514
653	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964
654	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012
655	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613
656	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626
657	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010
658	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546
659	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
660	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
661	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
662	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
663	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165
664	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532
665	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549
666	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727
667	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710
668	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
669	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
670	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819
671	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826
672	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419
673	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117
674	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416
675	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438
676	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520
677	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537
678	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544
679	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207
680	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
681	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
682	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
683	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
684	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
685	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
686	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
687	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916
688	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012
689	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
690	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
691	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
692	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
693	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
694	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
695	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
696	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
697	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
698	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
699	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
700	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
701	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814
702	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. z igłą	05909991302108
703	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838
704	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852
705	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
706	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654
707	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678
708	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
709	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611
710	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
711	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
712	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
713	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
714	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
715	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
716	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533
717	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785
718	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540
719	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792
720	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358
721	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341
722	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
723	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
724	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
725	Dexamethasonum	Demezson, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
726	Dexamethasonum	Demezson, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
727	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
728	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
729	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
730	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
731	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382
732	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436
733	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
734	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
735	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
736	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
737	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
738	Diazepamum	Relsed, mikrowlewką doodbytniczą, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
739	Diazepamum	Relsed, mikrowlewką doodbytniczą, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
740	Dienogestum	Aridya, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991430702
741	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120
742	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569
743	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576
744	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978
745	Dienogestum	Symdieno, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991392871
746	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552
747	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
748	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
749	Domasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	05909990375813
750	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306
751	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313
752	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990942855
753	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05900257101015
754	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990643929
755	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000962
756	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990661329
757	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936
758	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943
759	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990442423
760	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
761	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
762	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991067267
763	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991067274
764	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990746705
765	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955
766	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049
767	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056
768	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
769	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
770	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890
771	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
772	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	0590999002293
773	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
774	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
775	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
776	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
777	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
778	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
779	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
780	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
781	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
782	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
783	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
784	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
785	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
786	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
787	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
788	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
789	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
790	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
791	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
792	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
793	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
794	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
795	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
796	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
797	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
798	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
799	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
800	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497
801	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
802	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
803	Duloxetineum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
804	Duloxetineum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997
805	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
806	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
807	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
808	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
809	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
810	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
811	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
812	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210
813	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574
814	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581
815	Duloxetine	Duloxetine Viatrix, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
816	Duloxetine	Duloxetine Viatrix, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
817	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
818	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
819	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
820	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
821	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
822	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
823	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277
824	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
825	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
826	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
827	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
828	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369
829	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
830	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219
831	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
832	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
833	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
834	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
835	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
836	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
837	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
838	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
839	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
840	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
841	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
842	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
843	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
844	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
845	Enoxaparinum natrium	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
846	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
847	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
848	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
849	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
850	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
851	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
852	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581
853	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543
854	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550
855	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567
856	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574
857	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
858	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
859	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096
860	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010
861	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034
862	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058
863	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072
864	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
865	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
866	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
867	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
868	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
869	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
870	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
871	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
872	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
873	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
874	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
875	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280
876	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
877	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
878	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778
879	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
880	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
881	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
882	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
883	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
884	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
885	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835
886	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828
887	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
888	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
889	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
890	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
891	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
892	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
893	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
894	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
895	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
896	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
897	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
898	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
899	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
900	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
901	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
902	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279
903	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
904	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
905	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503
906	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
907	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541
908	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
909	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846
910	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860
911	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
912	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853
913	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877
914	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
915	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
916	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
917	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
918	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
919	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
920	Fluconazololum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261
921	Fluconazololum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
922	Fluconazololum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
923	Fluconazololum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
924	Fluconazololum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
925	Fluconazololum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219
926	Fluconazololum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
927	Fluconazololum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
928	Fluconazololum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
929	Fluconazololum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
930	Fluconazololum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
931	Fluconazololum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
932	Fluconazololum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
933	Fluconazololum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798
934	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
935	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
936	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
937	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
938	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
939	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
940	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
941	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
942	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
943	Fluconazololum	Fluconazololum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
944	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008
945	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995
946	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022
947	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039
948	Fluconazololum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270
949	Fluconazololum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
950	Fluconazololum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
951	Fluconazololum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
952	Fluconazololum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
953	Fluconazololum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
954	Fluconazololum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
955	Fluconazololum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
956	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
957	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
958	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
959	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
960	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
961	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991317621
962	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
963	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328
964	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311
965	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
966	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
967	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296
968	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612
969	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629
970	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
971	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
972	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839
973	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
974	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
975	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
976	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
977	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423
978	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416
979	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
980	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522
981	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515
982	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
983	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
984	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
985	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
986	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
987	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
988	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
989	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060
990	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803
991	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797
992	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810
993	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
994	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
995	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
996	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
997	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
998	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
999	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
1000	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
1001	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
1002	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1003	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1004	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1005	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1006	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1007	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1008	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1009	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1010	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
1011	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
1012	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
1013	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1014	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1015	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1016	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1017	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1018	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1019	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1020	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1021	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1022	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1023	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1024	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
1025	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1026	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1027	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1028	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1029	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1030	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1031	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990937981
1032	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1033	Fomoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1034	Fomoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1035	Fomoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1036	Fomoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1037	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1038	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1039	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1040	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1041	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000
1042	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1043	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1044	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1045	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1046	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1047	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588
1048	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1049	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1050	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1051	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1052	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1053	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1054	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1055	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
1056	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1057	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087
1058	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1059	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1060	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
1061	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1062	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1063	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1064	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1065	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1066	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1067	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1068	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1069	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1070	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1071	Hydrocortisoni acetat	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1072	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1073	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1074	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1075	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1076	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1077	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1078	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1079	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531
1080	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548
1081	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524
1082	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053
1083	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Berinert 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639
1084	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1085	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1086	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
1087	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1088	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1089	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1090	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1091	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1092	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562
1093	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741
1094	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1095	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717
1096	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1097	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
1098	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1099	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1100	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1101	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1102	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
1103	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
1104	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1105	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
1106	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
1107	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
1108	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
1109	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
1110	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
1111	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
1112	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990246014
1113	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990246717
1114	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990247011
1115	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990348923
1116	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990238323
1117	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990348121
1118	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022921
1119	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023027
1120	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023126
1121	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023324
1122	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022525
1123	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022822
1124	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990455010
1125	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990455614
1126	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990692422
1127	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1128	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1129	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1130	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990005536
1131	Ipratropii bromidum	Atrotil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 200 daw.	05909991185879
1132	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1133	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but. po 20 ml	05909990322114
1134	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 200 daw.	05909991306236
1135	Itraconazolium	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1136	Itraconazolium	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1137	Itraconazolium	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1138	Itraconazolium	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1139	Itraconazolium	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1140	Itraconazolium	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1141	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulaty musujące, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz. po 3 g	05909990269310

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1142	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1143	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1144	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps. miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1145	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1146	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1147	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814
1148	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1149	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1150	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1151	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1152	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1153	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1154	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1155	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05055565743331
1156	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05055565743348
1157	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05055565743355
1158	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05055565743324
1159	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1160	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1161	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	04260598450564
1162	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1163	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1164	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1165	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1166	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1167	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991384234
1168	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991384241
1169	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991384258
1170	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991384197
1171	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505
1172	Lamotryginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1173	Lamotryginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1174	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1175	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1176	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1177	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1178	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1179	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1180	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1181	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
1182	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1183	Lamotryginum	Symła, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1184	Lamotryginum	Symła, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1185	Lamotryginum	Symła, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1186	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1187	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1188	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1189	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1190	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1191	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1192	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1193	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1194	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1195	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1196	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1197	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1198	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1199	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
1200	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
1201	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818
1202	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825
1203	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555
1204	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365
1205	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396
1206	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1207	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311
1208	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1209	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1210	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1211	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1212	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1213	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1214	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458
1215	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1216	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213
1217	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609
1218	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990894543
1219	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05903060606630
1220	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990977826
1221	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1222	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1223	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990977925
1224	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1225	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1226	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980
1227	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031
1228	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079
1229	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1230	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1231	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1232	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466
1233	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1234	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1235	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1236	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1237	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1238	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1239	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755
1240	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1241	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1242	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. po 300 ml + strz. po 10 ml	05909991374501
1243	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1244	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1245	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1246	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1247	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1248	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1249	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
1250	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1251	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1252	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1253	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1254	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1255	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
1256	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1257	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1258	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1259	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1260	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1261	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1262	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1263	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1264	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1265	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1266	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1267	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1268	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1269	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841
1270	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1271	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1272	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1273	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1274	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1275	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1276	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1277	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1278	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1279	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1280	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1281	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1282	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1283	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1284	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1285	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1286	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1287	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1288	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1289	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1290	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1291	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1292	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1293	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
1294	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1295	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1296	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1297	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1298	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1299	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1300	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1301	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1302	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1303	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1304	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1305	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1306	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1307	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1308	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1309	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1310	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1311	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1312	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1313	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1314	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1315	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1316	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1317	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1318	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1319	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1320	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1321	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1322	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1323	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1324	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1325	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1326	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1327	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1328	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1329	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1330	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1331	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1332	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1333	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1334	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122
1335	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023
1336	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927
1337	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1338	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1339	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1340	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1341	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1342	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1343	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1344	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1345	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1346	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1347	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1348	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1349	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1350	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1351	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990638659
1352	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990818914
1353	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990649112
1354	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909990649129
1355	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1356	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1357	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1358	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1359	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1360	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1361	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768
1362	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991560775
1363	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991560782

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1364	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1365	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1366	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1367	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991576431
1368	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991576448
1369	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991576455
1370	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05903060631908
1371	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05903060631915
1372	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05903060631922
1373	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1374	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101
1375	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1376	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1377	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006
1378	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1379	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568
1380	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575
1381	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1382	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1383	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1384	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1385	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1386	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1387	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1388	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1389	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813
1390	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 szasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1391	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 szasz.	05909990974184
1392	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 szasz.	05909991273989
1393	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1394	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1395	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815
1396	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1397	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1398	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1399	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1400	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1401	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1402	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1403	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1404	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1405	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1406	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1407	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1408	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1409	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1410	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1411	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1412	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1413	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1414	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1415	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1416	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1417	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1418	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1419	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1420	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1421	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1422	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1423	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1424	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1425	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1426	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1427	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1428	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1429	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1430	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1431	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1432	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1433	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1434	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1435	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1436	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1437	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1438	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768
1439	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1440	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1441	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1442	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1443	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1444	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1445	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1446	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1447	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1448	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1449	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1450	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1451	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1452	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1453	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1454	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1455	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1456	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1457	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1458	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1459	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1460	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1461	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1462	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283
1463	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214
1464	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245
1465	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252
1466	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996
1467	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023
1468	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177
1469	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139
1470	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146
1471	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1472	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1473	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1474	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1475	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1476	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1477	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331
1478	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1479	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1480	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1481	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1482	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1483	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1484	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1485	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1486	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1487	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763
1488	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1489	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991271701
1490	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1491	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991271749
1492	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991453558
1493	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1494	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991453497
1495	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
1496	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991453510
1497	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1498	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
1499	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
1500	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
1501	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
1502	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161
1503	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086
1504	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116
1505	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147
1506	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291
1507	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215
1508	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253
1509	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277
1510	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1511	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1512	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1513	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1514	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1515	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1516	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1517	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1518	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1519	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1520	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1521	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1522	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1523	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1524	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1525	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1526	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1527	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323
1528	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378
1529	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453
1530	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1531	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1532	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1533	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1534	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1535	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1536	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1537	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1538	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1539	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1540	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1541	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1542	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1543	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1544	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1545	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1546	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1547	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1548	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1549	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1550	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1551	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1552	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1553	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1554	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1555	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1556	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1557	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1558	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1559	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
1560	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
1561	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068
1562	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051
1563	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
1564	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082
1565	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129
1566	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112
1567	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
1568	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143
1569	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181
1570	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174
1571	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242
1572	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235
1573	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
1574	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297
1575	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
1576	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187020
1577	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021
1578	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038
1579	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198
1580	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204
1581	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181
1582	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235
1583	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242
1584	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259
1585	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1586	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
1587	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
1588	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215
1589	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123
1590	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
1591	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
1592	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
1593	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
1594	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
1595	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1596	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1597	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483
1598	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1599	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962
1600	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1601	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391
1602	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1603	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1604	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1605	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1606	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813
1607	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1608	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1609	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990157716
1610	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990157822
1611	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599
1612	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991449568
1613	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575
1614	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582
1615	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2 ml	4 strzykawki doustne	05909991500269
1616	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500207
1617	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 strzykawki doustne	05909991500221
1618	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 strzykawki doustne	05909991500245
1619	mieszanki alergenoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
1620	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061210

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1621	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227
1622	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366
1623	Mometasoni fuoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1624	Mometasoni fuoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
1625	Mometasoni fuoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1626	Mometasoni fuoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1627	Mometasoni fuoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1628	Mometasoni fuoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1629	Mometasoni fuoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1630	Mometasoni fuoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
1631	Mometasoni fuoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 daw.	05909991099688
1632	Mometasoni fuoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
1633	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990670758
1634	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
1635	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
1636	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
1637	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
1638	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
1639	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
1640	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
1641	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
1642	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
1643	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
1644	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
1645	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
1646	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
1647	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
1648	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
1649	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
1650	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
1651	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
1652	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
1653	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
1654	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
1655	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
1656	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1657	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
1658	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
1659	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
1660	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
1661	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
1662	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
1663	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
1664	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
1665	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
1666	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
1667	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
1668	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
1669	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
1670	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
1671	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
1672	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
1673	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
1674	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
1675	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425
1676	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
1677	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
1678	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
1679	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
1680	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993
1681	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268
1682	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
1683	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208
1684	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1685	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1686	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1687	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1688	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1689	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1690	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
1691	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
1692	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
1693	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1694	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
1695	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
1696	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
1697	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
1698	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
1699	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
1700	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
1701	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
1702	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
1703	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
1704	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
1705	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
1706	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
1707	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782
1708	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799
1709	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805
1710	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836
1711	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
1712	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
1713	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
1714	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315
1715	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912
1716	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
1717	Nimesulidum	Nimesil, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
1718	Octeotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
1719	Octeotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
1720	Octeotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
1721	Octeotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
1722	Octeotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
1723	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781
1724	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743
1725	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106
1726	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592
1727	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343
1728	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300
1729	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622
1730	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1731	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666
1732	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649
1733	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870
1734	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526
1735	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
1736	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
1737	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
1738	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
1739	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
1740	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
1741	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365
1742	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593
1743	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341
1744	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586
1745	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
1746	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
1747	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
1748	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
1749	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991534776
1750	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535018
1751	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991535117
1752	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094
1753	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
1754	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
1755	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
1756	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
1757	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
1758	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
1759	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
1760	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
1761	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
1762	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
1763	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218
1764	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126
1765	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
1766	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539
1767	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1768	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
1769	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
1770	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
1771	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805
1772	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782
1773	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910
1774	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265
1775	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367
1776	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241
1777	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374
1778	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258
1779	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000
1780	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945
1781	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969
1782	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927
1783	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258
1784	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343
1785	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265
1786	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350
1787	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272
1788	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942
1789	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
1790	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911
1791	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812
1792	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
1793	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
1794	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
1795	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
1796	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
1797	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
1798	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
1799	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
1800	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
1801	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
1802	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
1803	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
1804	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1805	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
1806	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
1807	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
1808	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
1809	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
1810	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
1811	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
1812	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184
1813	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737
1814	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
1815	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
1816	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
1817	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
1818	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
1819	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
1820	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
1821	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
1822	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
1823	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
1824	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
1825	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
1826	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
1827	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
1828	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
1829	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
1830	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
1831	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
1832	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
1833	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
1834	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
1835	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
1836	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
1837	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
1838	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
1839	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
1840	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011
1841	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1842	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581
1843	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
1844	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
1845	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
1846	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
1847	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
1848	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
1849	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
1850	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
1851	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513
1852	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438
1853	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353
1854	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599
1855	Omeprazololum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
1856	Omeprazololum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
1857	Omeprazololum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
1858	Omeprazololum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
1859	Omeprazololum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
1860	Omeprazololum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
1861	Omeprazololum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
1862	Omeprazololum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612
1863	Omeprazololum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
1864	Omeprazololum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
1865	Omeprazololum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
1866	Omeprazololum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695
1867	Omeprazololum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
1868	Omeprazololum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
1869	Omeprazololum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
1870	Omeprazololum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
1871	Omeprazololum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
1872	Omeprazololum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
1873	Omeprazololum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
1874	Omeprazololum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
1875	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510
1876	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
1877	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
1878	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1879	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
1880	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811
1881	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910
1882	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809
1883	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
1884	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
1885	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
1886	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
1887	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
1888	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
1889	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
1890	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1891	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
1892	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
1893	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
1894	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
1895	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
1896	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
1897	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
1898	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
1899	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
1900	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
1901	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
1902	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
1903	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827
1904	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865
1905	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902
1906	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742
1907	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940
1908	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164
1909	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
1910	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
1911	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525
1912	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
1913	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532
1914	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
1915	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1916	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774
1917	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842
1918	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859
1919	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
1920	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
1921	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
1922	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
1923	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640
1924	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732
1925	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
1926	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
1927	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
1928	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
1929	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
1930	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
1931	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
1932	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371
1933	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
1934	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
1935	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
1936	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
1937	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
1938	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
1939	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
1940	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
1941	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
1942	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
1943	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
1944	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
1945	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
1946	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
1947	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
1948	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334
1949	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681
1950	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372
1951	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
1952	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1953	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217
1954	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
1955	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
1956	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
1957	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
1958	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
1959	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
1960	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
1961	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
1962	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
1963	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
1964	Phenoxyethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
1965	Phenoxyethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
1966	Phenoxyethylpenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
1967	Phenoxyethylpenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
1968	Phenytinum	Phenytinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
1969	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
1970	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
1971	Posaconazolium	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
1972	Posaconazolium	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
1973	Posaconazolium	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
1974	Posaconazolium	Posaconazole Viatris, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
1975	Prednisolonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
1976	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699
1977	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
1978	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668
1979	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
1980	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
1981	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
1982	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
1983	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
1984	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321
1985	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390
1986	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352
1987	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345
1988	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338
1989	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1990	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383
1991	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406
1992	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420
1993	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345
1994	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338
1995	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444
1996	Pregabalinum	Lyrice, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
1997	Pregabalinum	Lyrice, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
1998	Pregabalinum	Lyrice, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
1999	Pregabalinum	Lyrice, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
2000	Pregabalinum	Lyrice, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
2001	Pregabalinum	Lyrice, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2002	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2003	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2004	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2005	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2006	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2007	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2008	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2009	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2010	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2011	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
2012	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004
2013	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2014	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2015	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2016	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2017	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2018	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2019	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
2020	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004
2021	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2022	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2023	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2024	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2025	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2026	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2027	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2028	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2029	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2030	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2031	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2032	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2033	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2034	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2035	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2036	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2037	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2038	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2039	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2040	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2041	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2042	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990081233
2043	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2044	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990081196
2045	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2046	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2047	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2048	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2049	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2050	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2051	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2052	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2053	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2054	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2055	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2056	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2057	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2058	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2059	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2060	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2061	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2062	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2063	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2064	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2065	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2066	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2067	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2068	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2069	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2070	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2071	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2072	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2073	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2074	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2075	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2076	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2077	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2078	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2079	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2080	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2081	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2082	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2083	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2084	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2085	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2086	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2087	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2088	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2089	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2090	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2091	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2092	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2093	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2094	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2095	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
2096	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2097	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910
2098	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016
2099	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2100	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2101	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2102	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2103	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2104	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903
2105	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787
2106	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2107	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2108	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2109	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
2110	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
2111	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
2112	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
2113	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2114	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
2115	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2116	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2117	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2118	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2119	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2120	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2121	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2122	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2123	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2124	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2125	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100
2126	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2127	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2128	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750
2129	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475
2130	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2131	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2132	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2133	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2134	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2135	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535
2136	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2137	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2138	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2139	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2140	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2141	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2142	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2143	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2144	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2145	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2146	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2147	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2148	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2149	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2150	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2151	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2152	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2153	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2154	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2155	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2156	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2157	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2158	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2159	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2160	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2161	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2162	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524
2163	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2164	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2165	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2166	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2167	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2168	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2169	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609
2170	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058227
2171	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058128
2172	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058029

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2173	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2174	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2175	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2176	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2177	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2178	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2179	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2180	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2181	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2182	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2183	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2184	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2185	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2186	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2187	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2188	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2189	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2190	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2191	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2192	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2193	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2194	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605
2195	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2196	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612
2197	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158
2198	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2199	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579
2200	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2201	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586
2202	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415
2203	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165
2204	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2205	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2206	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2207	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950
2208	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2209	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2210	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2211	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2212	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2213	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2214	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2215	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2216	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2217	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2218	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2219	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2220	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2221	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2222	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2223	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2224	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2225	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304
2226	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2227	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2228	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2229	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533
2230	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2231	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2232	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2233	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2234	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786
2235	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2236	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106
2237	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182
2238	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743
2239	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781
2240	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873
2241	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927
2242	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009
2243	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061
2244	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606
2245	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
2246	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2247	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
2248	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
2249	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
2250	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
2251	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
2252	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
2253	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
2254	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
2255	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
2256	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
2257	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	0590999077785
2258	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333
2259	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079
2260	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	0590999077839
2261	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340
2262	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109
2263	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	0590999077853
2264	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914
2265	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010
2266	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
2267	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
2268	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928
2269	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826
2270	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
2271	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
2272	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424
2273	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431
2274	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardech, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
2275	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
2276	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099
2277	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636
2278	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551
2279	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739
2280	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654
2281	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317
2282	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218
2283	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2284	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692
2285	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375
2286	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368
2287	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351
2288	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344
2289	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615
2290	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622
2291	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660
2292	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516
2293	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523
2294	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561
2295	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621
2296	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690
2297	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163
2298	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040
2299	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963
2300	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925
2301	Sertralinum	Zoloft, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215
2302	Sertralinum	Zoloft, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116
2303	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472
2304	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982
2305	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
2306	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
2307	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
2308	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532
2309	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655
2310	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110
2311	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219
2312	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318
2313	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650
2314	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667
2315	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273
2316	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297
2317	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334
2318	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591
2319	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812
2320	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2321	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031
2322	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
2323	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
2324	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
2325	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012
2326	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111
2327	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714
2328	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114
2329	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213
2330	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215
2331	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314
2332	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913
2333	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026
2334	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124
2335	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
2336	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
2337	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
2338	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
2339	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
2340	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
2341	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
2342	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
2343	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
2344	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
2345	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
2346	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
2347	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
2348	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
2349	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760
2350	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715
2351	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 100+300 IR	31 szt.	05909991484194
2352	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909991484170
2353	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909991484187
2354	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Acarizax, liofilizat podjęzykowy, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2355	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232
2356	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263
2357	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sas.	05909990017294
2358	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sas.	05909990017331
2359	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
2360	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304
2361	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000
2362	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161
2363	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426
2364	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847
2365	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
2366	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
2367	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
2368	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
2369	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
2370	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
2371	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
2372	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
2373	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
2374	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217
2375	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
2376	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
2377	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
2378	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
2379	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
2380	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
2381	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strzyk.	05909990064748
2382	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
2383	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
2384	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957
2385	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
2386	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
2387	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
2388	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533
2389	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
2390	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2391	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
2392	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
2393	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
2394	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
2395	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
2396	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
2397	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
2398	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
2399	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
2400	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
2401	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
2402	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
2403	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
2404	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
2405	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
2406	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
2407	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
2408	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
2409	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
2410	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861
2411	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908
2412	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960
2413	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991
2414	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991391713
2415	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991391720
2416	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
2417	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
2418	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
2419	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
2420	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991388003
2421	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991388034
2422	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
2423	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
2424	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
2425	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
2426	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
2427	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2428	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
2429	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
2430	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
2431	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
2432	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
2433	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
2434	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
2435	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
2436	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
2437	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
2438	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
2439	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
2440	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
2441	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
2442	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
2443	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
2444	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
2445	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
2446	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
2447	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
2448	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
2449	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
2450	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
2451	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
2452	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
2453	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
2454	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
2455	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
2456	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
2457	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
2458	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
2459	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
2460	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
2461	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
2462	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
2463	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839
2464	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2465	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822
2466	Tianeptinum natriicum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
2467	Tianeptinum natriicum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
2468	Tianeptinum natriicum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
2469	Tianeptinum natriicum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
2470	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
2471	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
2472	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495
2473	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464
2474	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488
2475	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471
2476	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169
2477	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084
2478	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145
2479	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019
2480	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118
2481	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814
2482	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913
2483	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496
2484	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502
2485	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472
2486	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489
2487	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
2488	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
2489	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
2490	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
2491	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
2492	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
2493	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
2494	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
2495	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
2496	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
2497	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
2498	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
2499	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
2500	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819
2501	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2502	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
2503	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
2504	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
2505	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
2506	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
2507	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
2508	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
2509	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
2510	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
2511	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
2512	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
2513	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
2514	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
2515	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
2516	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
2517	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
2518	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
2519	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
2520	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167
2521	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
2522	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
2523	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
2524	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
2525	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
2526	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
2527	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595
2528	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601
2529	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618
2530	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
2531	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
2532	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
2533	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
2534	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
2535	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
2536	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
2537	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
2538	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2539	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
2540	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
2541	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
2542	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
2543	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
2544	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
2545	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
2546	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
2547	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
2548	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
2549	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
2550	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	07613421191573
2551	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
2552	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	07613421191566
2553	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
2554	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
2555	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
2556	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106
2557	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
2558	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
2559	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
2560	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
2561	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
2562	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
2563	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
2564	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
2565	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antymien powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352
2566	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381
2567	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763
2568	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695
2569	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877
2570	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594
2571	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067
2572	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081
2573	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159
2574	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2575	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985
2576	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065
2577	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877
2578	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969
2579	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983
2580	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990
2581	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147
2582	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990074945
2583	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853
2584	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860
2585	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608
2586	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455
2587	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
2588	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
2589	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
2590	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
2591	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2592	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2593	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2594	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2595	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2596	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2597	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2598	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2599	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
2600	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650
2601	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990660636
2602	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643
2603	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2604	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2605	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2606	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2607	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2608	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2609	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2610	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2611	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2612	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2613	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2614	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2615	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
2616	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
2617	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2618	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
2619	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2620	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2621	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2622	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2623	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2624	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
2625	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2626	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2627	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2628	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2629	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2630	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2631	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2632	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2633	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2634	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419
2635	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
2636	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310
2637	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzenia roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
2638	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818
2639	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177
2640	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536
2641	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2642	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
2643	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań,	2 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871
2644	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061
2645	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990681358
2646	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
2647	Zuclopthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
2648	Zuclopthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2649	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729
2650	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828

D 2. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920	
4	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014	
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113	
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229	
14	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	
15	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	
16	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	
17	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	
19	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blister po 4 szt.)	05909991032517	
20	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	
22	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	
24	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	
25	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	
28	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	
29	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	
30	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	
31	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
32	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	
33	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	
38	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	
39	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163	
40	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	
41	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	
42	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	
43	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	
44	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	
45	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	
46	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	
47	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	
48	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	
49	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768	
50	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494	
51	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293	
52	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952	
53	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05995327174969	
54	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	03838989699352	
55	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fiol.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	
56	Alfuzosini hydrochloridum	Alfábax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990746576	
57	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	
58	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
59	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	
60	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	
61	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	
62	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	
63	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	
64	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	
65	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604	
66	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519	
67	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502	
68	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564	
69	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540	
70	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616	
71	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654	
72	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	
73	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	
74	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	
75	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	
76	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	
77	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818	
78	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	
79	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	
80	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	
81	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	
82	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	
83	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	
84	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	
85	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990936557	
86	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502	
87	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897	
88	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	
89	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	
90	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207	
91	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
92	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	
93	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	
94	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114	
95	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250	
96	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	
97	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	
98	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	
99	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	
100	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	
101	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	
102	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	
103	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	
104	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	
105	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	
106	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	
107	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	
108	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	
109	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	
110	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	
111	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	
112	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	
113	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827	
114	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926	
115	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	
116	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	
117	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	
118	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	
119	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	
120	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	
121	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	
122	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	
123	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311	
124	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	
125	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
126	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	
127	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	
128	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	
129	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	
130	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	
131	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	
132	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	
133	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	
134	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	
135	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	
136	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	
137	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	
138	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	
139	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	
140	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	
141	Amlodipinum + Valsartanum	Sarpin, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991293888	
142	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	
143	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	
144	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	
145	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	
146	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	
147	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	
148	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	
149	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	
150	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	
151	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	
152	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	
153	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	
154	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	
155	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
156	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	
157	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	
158	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	
159	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	
160	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	
161	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	
162	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	
163	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	
164	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	
165	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	
166	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	
168	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	
170	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	
171	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833	
172	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819	
173	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826	
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108	
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115	
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. 100 ml	05909991343279	
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908	
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800	
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
210	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	
211	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432	
212	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162	dotyczy wyłącznie wskazan: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
213	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991529468	
214	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991457808	
215	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711	
216	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029	
217	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148	dotyczy wyłącznie wskazan: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
218	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040	
219	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396	
220	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	
221	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	
222	Aprepitantum	Aprepitant Viatrix, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	
223	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	
224	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	
225	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	
226	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	
227	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	
228	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	
229	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337	
230	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382	
231	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168	
232	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175	
233	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199	
234	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205	
235	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273	
236	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266	
237	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	
238	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	
239	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
240	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	
241	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	
242	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	
243	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	
244	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	
245	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	
246	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	
247	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	
248	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	
249	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	
250	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	
251	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	
252	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	
253	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	
254	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	
255	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	
256	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	
257	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215	
258	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	
259	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	
260	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	
261	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	
262	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	
263	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	
264	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	
265	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	
266	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	
267	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	
268	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	
269	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
270	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	
271	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	
272	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	
273	Aripiprazolum	Aryfenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762	
274	Aripiprazolum	Aryfenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946	
275	Aripiprazolum	Aryzaler, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	
276	Aripiprazolum	Aryzaler, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	
277	Aripiprazolum	Aryzaler, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	
278	Aripiprazolum	Aryzaler, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	
279	Aripiprazolum	Aryzaler, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	
280	Aripiprazolum	Aryzaler, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	
281	Aripiprazolum	Aryzaler, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	
282	Aripiprazolum	Aryzaler, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	
283	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696	
284	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	
285	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	
286	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	
287	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	
288	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	
289	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141	
290	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158	
291	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202	
292	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127	
293	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586	
294	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609	
295	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647	
296	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815	
297	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647	
298	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914	
299	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806	
300	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173	
301	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282	
302	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299	
303	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464	
304	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
305	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488	
306	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336	
307	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374	
308	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611	
309	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710	
310	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896	
311	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902	
312	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919	
313	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926	
314	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933	
315	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940	
316	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	
317	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	
318	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951	
319	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975	
320	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275	
321	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305	
322	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336	
323	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459	
324	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655	
325	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662	
326	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686	
327	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730	
328	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541	
329	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747	
330	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792	
331	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589	
332	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853	
333	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847	
334	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939	
335	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028	
336	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	
337	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400	
338	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530	
339	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
340	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547	
341	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618	
342	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137	
343	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359	
344	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717	
345	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144	
346	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366	
347	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816	
348	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151	
349	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373	
350	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383	
351	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508	
352	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539	
353	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553	
354	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638	
355	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652	
356	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676	
357	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782	
358	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805	
359	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867	
360	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097	
361	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103	
362	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976	
363	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134	
364	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042	
365	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141	
366	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290	
367	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368	
368	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436	
369	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443	
370	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071	
371	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161	
372	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178	
373	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185	
374	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
375	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814	
376	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821	
377	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838	
378	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913	
379	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920	
380	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937	
381	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911	
382	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935	
383	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997	
384	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	
385	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	
386	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	
387	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816	
388	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	
389	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	
390	Azithromycinum	Azithromycin Neoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876	
391	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738	
392	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752	
393	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030	
394	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	
395	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	
396	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	
397	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	
398	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319	
399	Azithromycinum	Azycyna, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566	
400	Azithromycinum	Azycyna, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	
401	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	
402	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	
403	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608	
404	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
405	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	
406	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	
407	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	
408	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214	
409	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417	
410	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	
411	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	
412	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inhalacyjny, roztwór, 172+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153018032	
413	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, proszek do inhalacji, 88+5+9 µg	1 poj. po 120 daw.	08025153017981	
414	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013567	
415	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013574	
416	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013581	
417	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013598	
418	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	
419	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	
420	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152	
421	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	
422	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	
423	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	
424	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	1 but. 150 ml	05909990363223	
425	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	
426	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	
427	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625	
428	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6

429	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518	
430	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	
431	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	
432	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	
433	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	
434	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	
435	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769	
436	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776	
437	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	
438	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	
439	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	
440	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	
441	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	
442	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	
443	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	
444	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	
445	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	
446	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049	
447	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056	
448	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070	
449	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063	
450	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	
451	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	
452	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	
453	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	
454	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	
455	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869	
456	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	
457	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807	
458	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	
459	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	
460	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
461	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	
462	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	
463	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	
464	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024	
465	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	
466	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	
467	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483	
468	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490	
469	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990974641	
470	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	
471	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	
472	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	
473	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588	
474	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	
475	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	
476	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913	
477	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	
478	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	
479	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	
480	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	
481	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	
482	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	
483	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	
484	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	
485	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	
486	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	
487	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	
488	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	
489	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
490	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	
491	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	
492	Budesonidum	Cortiment MMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	
493	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	
494	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	
495	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp. po 2 ml	05909991107925	
496	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	
497	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	
498	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	
499	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	
500	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	
501	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	
502	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	
503	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	
504	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	
505	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	
506	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866	
507	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	
508	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	
509	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	
510	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	
511	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971	
512	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932	
513	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963	
514	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	
515	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
516	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995	
517	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	
518	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	
519	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	
520	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	
521	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	
522	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	
523	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	
524	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	
525	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	
526	Buprenorphinum	Melodyn Long 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909991338961	
527	Buprenorphinum	Melodyn Long 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909991339029	
528	Buprenorphinum	Melodyn Long 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909991339081	
529	Buprenorphinum	Transec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	
530	Buprenorphinum	Transec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	
531	Buprenorphinum	Transec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	
532	Bupironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	
533	Bupironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	
534	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919	
535	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	
536	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	
537	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	
538	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	
539	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	
540	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	
541	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	
542	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	
543	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
544	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	
545	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816	
546	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823	
547	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	
548	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655	
549	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	
550	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	
551	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	
552	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456	
553	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	
554	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	
555	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	
556	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463	
557	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	
558	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	
559	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	
560	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	
561	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876	
562	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	
563	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	
564	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	
565	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364	
566	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449	
567	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289	
568	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	
569	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	
570	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	
571	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	
572	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	
573	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	
574	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	
575	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	
576	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	
577	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	
578	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
579	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	
580	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	
581	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	
582	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	
583	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	
584	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	
585	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	
586	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	
587	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	
588	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	
589	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	
590	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	
591	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	
592	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	
593	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	
594	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	
595	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	
596	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	
597	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	08595566454555	
598	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	08595566454630	
599	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	KarbiCombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	
600	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	KarbiCombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	
601	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	KarbiCombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	
602	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	
603	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	
604	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	
605	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990772209	
606	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990772230	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
607	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990772179	
608	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	
609	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	
610	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	
611	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	
612	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	
613	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	
614	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	
615	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	
616	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	
617	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	
618	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	
619	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	
620	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	
621	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	
622	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	
623	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	
624	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	
625	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	
626	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	
627	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	
628	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	
629	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
630	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	
631	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	
632	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	
633	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	
634	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
635	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
636	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
637	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430	
638	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	
639	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454	
640	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099	
641	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129	
642	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051	
643	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148	
644	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	
645	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100	
646	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019	
647	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	
648	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814	
649	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913	
650	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505	
651	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	
652	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604	
653	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315	
654	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909	
655	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930	
656	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862	
657	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879	
658	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886	
659	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893	
660	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
661	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	
662	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	
663	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	
664	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428	
665	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411	
666	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527	
667	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510	
668	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927	
669	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910	
670	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	
671	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	
672	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	
673	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	
674	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840	
675	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857	
676	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697	
677	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703	
678	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	
679	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	
680	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	
681	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	
682	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831	
683	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855	
684	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	
685	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
686	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	
687	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	
688	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331	
689	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355	
690	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362	
691	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991263386	
692	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991263409	
693	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416	
694	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	
695	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	
696	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	
697	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383	
698	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946	
699	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390	
700	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953	
701	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637	
702	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991526108	
703	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620	
704	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991526115	
705	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	
706	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	
707	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812	
708	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213	
709	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312	
710	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411	
711	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575	
712	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093	
713	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077	
714	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118	
715	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435	
716	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212	
717	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
718	Cefuroximium	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932	
719	Cefuroximium	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949	
720	Cefuroximium	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	
721	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997	
722	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062	
723	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093	
724	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966	
725	Cenobamate	Ontozry, tabl.; tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	
726	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	
727	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	
728	Cetirizini dihydrochloridum	Alarmed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	
729	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	
730	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	
731	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	
732	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250	
733	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	
734	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	
735	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020	
736	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515	
737	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	
738	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	
739	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582	
740	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	
741	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	
742	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	
743	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	
744	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	
745	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	
746	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	
747	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447	
748	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454	
749	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	
750	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
751	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	
752	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	
753	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	
754	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	
755	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	
756	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	
757	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	
758	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	
759	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	
760	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	
761	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	
762	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	
763	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	
764	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667	
765	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	
766	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803	
767	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414	
768	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216	
769	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514	
770	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964	
771	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	
772	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613	
773	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626	
774	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010	
775	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546	
776	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	
777	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	
778	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	
779	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	
780	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165	
781	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532	
782	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
783	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727	
784	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710	
785	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	
786	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	
787	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819	
788	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826	
789	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419	
790	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117	
791	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	
792	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	
793	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	
794	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	
795	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	
796	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	
797	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	
798	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	
799	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	
800	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	
801	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp. po 2 ml	05909990067510	
802	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928	
803	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	
804	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916	
805	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012	
806	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615	
807	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	
808	Clopidamidum	Clopidamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	
809	Clopidogrelum	Agrex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748	
810	Clopidogrelum	Agrex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	
811	Clopidogrelum	Agrex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	
812	Clopidogrelum	Agrex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991448318	
813	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
814	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826	
815	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991492205	
816	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141	
817	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388	
818	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667	
819	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730	
820	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990762729	
821	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475	
822	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	
823	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	
824	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715	
825	Clozapinum	Clozizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	
826	Clozapinum	Clozizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	
827	Clozapinum	Clozizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	
828	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	
829	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	
830	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	
831	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412	
832	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	
833	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	
834	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	
835	Cyproteroni acetat	Androcure, tabl., 50 mg	20 szt.	05021691005193	
836	Cyproteroni acetat	Androcure, tabl., 50 mg	50 szt.	05021691005124	
837	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. z igłą	05909991302108	
838	Dabigatranum etexilatatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991508760	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
839	Dabigatranum etexilatatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991508791	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
840	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	
841	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
842	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
843	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
844	Dabigatranum etexilatatum	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	
845	Dabigatranum etexilatatum	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787	
846	Dabigatranum etexilatatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	
847	Dabigatranum etexilatatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	
848	Dabigatranum etexilatatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	
849	Dabigatranum etexilatatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
850	Dabigatranum etexilatatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	
851	Dabigatranum etexilatatum	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
852	Dabigatranum etexilatatum	Wasedoc, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991495374	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
853	Danazolium	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	
854	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	
855	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	
856	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	
857	Denosumabum	Izamby, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08436596260207	
858	Denosumabum	Junod, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05997001330906	
859	Denosumabum	Osvyrti, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05056842801362	
860	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	
861	Denosumabum	Stoboclo, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05996537043021	
862	Denosumabum	Zadenvi, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	08594739318274	
863	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838	
864	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852	
865	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	
866	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	
867	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	
868	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	
869	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611	
870	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921	
871	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	
872	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
873	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	
874	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359	
875	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	
876	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533	
877	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785	
878	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540	
879	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792	
880	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	
881	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	
882	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	
883	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	
884	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	
885	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	
886	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	
887	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	
888	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	
889	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	
890	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	
891	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382	
892	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436	
893	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	
894	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	
895	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	
896	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	
897	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	
898	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	
899	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	
900	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909990145317	
901	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	
902	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990457137	
903	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml	05909990074044	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
904	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	
905	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	
906	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	
907	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	
908	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	
909	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	
910	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	
911	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671	
912	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	
913	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	
914	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	
915	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	
916	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380	
917	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	
918	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	
919	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141	
920	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	
921	Donepezili hydrochloridum	Donecetil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	
922	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	
923	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	
924	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	
925	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	
926	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360	
927	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353	
928	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560	
929	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842	
930	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	
931	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
932	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	
933	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	
934	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314	
935	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	
936	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	
937	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	
938	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	
939	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015	
940	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	
941	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	
942	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	
943	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936	
944	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943	
945	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	
946	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	
947	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	
948	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	
949	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	
950	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	
951	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955	
952	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049	
953	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056	
954	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	
955	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	
956	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	
957	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	
958	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	
959	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	
960	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	
961	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
962	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	
963	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	
964	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	
965	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	
966	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	
967	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	
968	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	
969	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	
970	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	
971	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	
972	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	
973	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	
974	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	
975	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	
976	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	
977	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	
978	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	
979	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	
980	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	
981	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	
982	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	
983	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	
984	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	
985	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	
986	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497	
987	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	
988	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	
989	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	
990	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	
991	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
992	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	
993	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	
994	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	
995	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	
996	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	
997	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	
998	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	
999	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	
1000	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	
1001	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	
1002	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	
1003	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574	
1004	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581	
1005	Duloxetine	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	
1006	Duloxetine	Duloxetine Viatris, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	
1007	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	
1008	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	
1009	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	
1010	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	
1011	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	
1012	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	
1013	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	
1014	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	
1015	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	
1016	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	
1017	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	
1018	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	
1019	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	
1020	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1021	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	
1022	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	
1023	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	
1024	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	
1025	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	
1026	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	
1027	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	
1028	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	
1029	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696	
1030	Dutasteridum	Davoster, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991318840	
1031	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351	
1032	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495	
1033	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501	
1034	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	
1035	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	
1036	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	
1037	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991138523	
1038	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	
1039	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	
1040	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	
1041	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	
1042	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	
1043	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	
1044	Enoxaparinum natrium	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	
1045	Enoxaparinum natrium	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	
1046	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	
1047	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	
1048	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	
1049	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	
1050	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	
1051	Enoxaparinum natrium	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581	
1052	Enoxaparinum natrium	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1053	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550	
1054	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567	
1055	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574	
1056	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	
1057	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	
1058	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096	
1059	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010	
1060	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034	
1061	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058	
1062	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072	
1063	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	
1064	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	
1065	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	
1066	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	
1067	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	
1068	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	
1069	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	
1070	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	
1071	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	
1072	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	
1073	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	
1074	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	
1075	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	
1076	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	
1077	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	
1078	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	
1079	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	
1080	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	
1081	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	
1082	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	
1083	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powł., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	
1084	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1085	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	
1086	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	
1087	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	
1088	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	
1089	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214	
1090	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powł., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	
1091	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powł., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	
1092	Estradiolum + Norethisteroni acetat	Kliogest, tabl. powł., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	
1093	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	
1094	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816	
1095	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powł., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	
1096	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	
1097	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	
1098	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654	
1099	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357	
1100	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845	
1101	Exemestanum	Glandex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990812202	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii oraz wskazań pozarejtracyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
1102	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	
1103	Exemestanum	Symex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05905701070350	
1104	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	
1105	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	
1106	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	
1107	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	
1108	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	
1109	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	
1110	Ezetimibum	Lipegis, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990996902	
1111	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	
1112	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	
1113	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	
1114	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	
1115	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	
1116	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1117	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835	
1118	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828	
1119	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	
1120	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990761548	
1121	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	
1122	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391522	
1123	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	
1124	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391874	
1125	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	
1126	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152	
1127	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	
1128	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	
1129	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	
1130	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	
1131	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	
1132	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	
1133	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339	
1134	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500	
1135	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609	
1136	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173	
1137	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	
1138	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	
1139	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	
1140	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	
1141	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	
1142	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917	
1143	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342	
1144	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	
1145	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	
1146	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	
1147	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	
1148	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	
1149	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1150	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05901878601007	
1151	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	
1152	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05901878601014	
1153	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	
1154	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	
1155	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	
1156	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	
1157	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	
1158	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	
1159	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	
1160	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	
1161	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	
1162	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	
1163	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	
1164	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	
1165	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	
1166	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	
1167	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	
1168	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	
1169	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	
1170	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955503	
1171	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	
1172	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1 but. po 1,55 ml	05909990955541	
1173	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	
1174	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	
1175	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1176	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	
1177	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	
1178	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	
1179	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	
1180	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	
1181	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	
1182	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	
1183	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	
1184	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713846	
1185	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713860	
1186	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	
1187	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strzyk.	05055565713853	
1188	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strzyk.	05055565713877	
1189	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	
1190	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	
1191	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	
1192	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	
1193	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987	
1194	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770	
1195	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670	
1196	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797	
1197	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127	
1198	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288	
1199	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141	
1200	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990082391	
1201	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991507879	
1202	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311	
1203	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991151218	
1204	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045	
1205	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991214692	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1206	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991214753	
1207	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571	
1208	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601	
1209	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973	
1210	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895	
1211	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997	
1212	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267	
1213	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274	
1214	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	
1215	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105	
1216	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871	
1217	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842	
1218	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710	
1219	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	
1220	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	
1221	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	
1222	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261	
1223	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	
1224	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	
1225	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	
1226	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	
1227	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219	
1228	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	
1229	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	
1230	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	
1231	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	
1232	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	
1233	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	
1234	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	
1235	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798	
1236	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	
1237	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	
1238	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	
1239	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1240	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	
1241	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	
1242	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	
1243	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	
1244	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	
1245	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	
1246	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008	
1247	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995	
1248	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022	
1249	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039	
1250	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	
1251	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	
1252	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	
1253	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	
1254	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	
1255	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	
1256	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	
1257	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	
1258	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	
1259	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	
1260	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	
1261	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	
1262	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	
1263	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991317621	
1264	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	
1265	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328	
1266	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311	
1267	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	
1268	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	
1269	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296	
1270	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612	
1271	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629	
1272	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	
1273	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1274	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	
1275	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839	
1276	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	
1277	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	
1278	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	
1279	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	
1280	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423	
1281	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416	
1282	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	
1283	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522	
1284	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515	
1285	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001	
1286	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	
1287	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025	
1288	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	
1289	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	
1290	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	
1291	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	
1292	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060	
1293	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803	
1294	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797	
1295	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1296	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	
1297	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	
1298	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	
1299	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	
1300	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	
1301	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	
1302	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557	
1303	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595	
1304	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632	
1305	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	
1306	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	
1307	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	
1308	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	
1309	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	
1310	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	
1311	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	
1312	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	
1313	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	
1314	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	
1315	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	
1316	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	
1317	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1318	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	
1319	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	
1320	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	
1321	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	
1322	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	
1323	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	
1324	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	
1325	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	
1326	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	
1327	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	
1328	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	
1329	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	
1330	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827	
1331	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728	
1332	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924	
1333	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934	
1334	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990937981	
1335	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914	
1336	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	
1337	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	
1338	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287	
1339	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1340	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	
1341	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	
1342	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	
1343	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	
1344	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000	
1345	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. 120 dawek	05000456071505	
1346	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	
1347	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	
1348	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	
1349	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	
1350	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	
1351	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	
1352	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	
1353	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	
1354	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	
1355	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	
1356	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	
1357	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	
1358	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	
1359	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	
1360	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	
1361	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087	
1362	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542	
1363	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658	
1364	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	
1365	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	
1366	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	
1367	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422	
1368	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521	
1369	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	
1370	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1371	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	
1372	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	
1373	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	
1374	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	
1375	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	
1376	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	
1377	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	
1378	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	
1379	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	
1380	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019	
1381	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	08595566455149	
1382	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991226299	
1383	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991226305	
1384	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	
1385	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	
1386	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	
1387	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	
1388	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	
1389	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	
1390	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	
1391	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	
1392	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	
1393	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	
1394	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	
1395	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990337453	
1396	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990337521	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1397	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990338078	
1398	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990338146	
1399	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990338207	
1400	Glimepiridum	Synglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	
1401	Glimepiridum	Synglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	
1402	Glimepiridum	Synglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	
1403	Glimepiridum	Synglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	
1404	Glimepiridum	Synglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	
1405	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	
1406	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	
1407	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g	05909990156825	
1408	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036	
1409	Glycopyrronii bromidum	Amidil AmiHaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg/dawkę dostarczoną	30 szt. + 1 inhalator	05903060630574	
1410	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg	30 szt. + 1 inhalator	05909991000882	
1411	Gosereelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	
1412	Gosereelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	
1413	Gosereelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	
1414	Gosereelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	
1415	Gosereelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	
1416	Gosereelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	
1417	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	
1418	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	
1419	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	
1420	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	
1421	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	
1422	Hydrocortisoni acetat	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	
1423	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	
1424	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	
1425	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	
1426	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	
1427	Icatibantum	Firazyf, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1428	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	
1429	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	
1430	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	
1431	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum + Mometasoni furoas	Energair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 µg	30 szt.	07613421044596	
1432	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531	
1433	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548	
1434	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524	
1435	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	
1436	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	
1437	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	
1438	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	
1439	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	
1440	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	
1441	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	
1442	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401	
1443	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182	
1444	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801	
1445	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849	
1446	Indapamidum	Sympamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993	
1447	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	
1448	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	
1449	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	
1450	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	
1451	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6

1452	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171	
1453	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	
1454	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	
1455	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	
1456	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668	
1457	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	
1458	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562	
1459	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741	
1460	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	
1461	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717	
1462	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	
1463	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	
1464	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	
1465	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	
1466	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	
1467	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	
1468	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	
1469	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	
1470	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	
1471	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	
1472	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573	
1473	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311	
1474	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580	
1475	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1476	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597	
1477	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413	
1478	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603	
1479	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116	
1480	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990246014	
1481	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990246717	
1482	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990247011	
1483	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990348923	
1484	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990238323	
1485	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990348121	
1486	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022921	
1487	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023027	
1488	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023126	
1489	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023324	
1490	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022525	
1491	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022822	
1492	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990455010	
1493	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990455614	
1494	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990692422	
1495	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	
1496	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	
1497	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	
1498	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990005536	
1499	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. po 200 daw.	05909991185879	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1500	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	
1501	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	
1502	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	
1503	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	
1504	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	
1505	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	
1506	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	
1507	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	
1508	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	
1509	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	
1510	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764	
1511	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278	
1512	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377	
1513	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	
1514	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	
1515	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	
1516	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046	
1517	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772	
1518	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710	
1519	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	
1520	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	
1521	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762	
1522	Ivabradinum	Ivabradine Viatrix, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779	
1523	Ivabradinum	Ivabradine Viatrix, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786	
1524	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586	
1525	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	
1526	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822	
1527	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785	
1528	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	
1529	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	
1530	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349	
1531	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1532	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	
1533	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	
1534	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	
1535	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	
1536	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	
1537	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	
1538	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05907626701814	
1539	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485	
1540	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	
1541	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593	
1542	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620	
1543	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697	
1544	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563	
1545	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549	
1546	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907	
1547	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205	
1548	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938	
1549	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212	
1550	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969	
1551	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229	
1552	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551	
1553	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582	
1554	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612	
1555	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506	
1556	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05055565743331	
1557	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05055565743348	
1558	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05055565743355	
1559	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05055565743324	
1560	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	
1561	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	
1562	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	
1563	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1564	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358	
1565	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365	
1566	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372	
1567	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341	
1568	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991384234	
1569	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991384241	
1570	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991384258	
1571	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991384197	
1572	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505	
1573	Lamotryginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	
1574	Lamotryginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	
1575	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	
1576	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	
1577	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	
1578	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	
1579	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	
1580	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	
1581	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	
1582	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	
1583	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	
1584	Lamotryginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	
1585	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	
1586	Lamotryginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	
1587	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	
1588	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	
1589	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	
1590	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	
1591	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	
1592	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	
1593	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	
1594	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	
1595	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1596	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	
1597	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	
1598	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	
1599	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	
1600	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	
1601	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	
1602	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	
1603	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	
1604	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818	
1605	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825	
1606	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 7,5 ml	05900257102555	
1607	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991220365	
1608	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991220396	
1609	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	
1610	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311	
1611	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	
1612	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	
1613	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	
1614	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	
1615	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	
1616	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	
1617	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458	
1618	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465	
1619	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213	
1620	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609	
1621	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	
1622	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1623	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990977826	
1624	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	
1625	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399	
1626	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990977925	
1627	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138	
1628	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145	
1629	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980	
1630	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031	
1631	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079	
1632	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	
1633	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	
1634	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	
1635	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466	
1636	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	
1637	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
1638	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
1639	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
1640	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii; oraz wskazań pozarejestacyjnych: hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL.
1641	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	
1642	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	
1643	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	
1644	Letrozolum	Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	
1645	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	
1646	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	
1647	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	
1648	Leuprorelinum	Lutrate Depot, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 22,5 mg	1 amp.-strzyk.	05909991248956	
1649	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	
1650	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1651	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	
1652	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	
1653	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	
1654	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755	
1655	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	
1656	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	
1657	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	
1658	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	
1659	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	
1660	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492	
1661	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591	
1662	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577	
1663	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652	
1664	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	
1665	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	
1666	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	
1667	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957	
1668	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060	
1669	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183	
1670	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	
1671	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	
1672	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	
1673	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037	
1674	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986	
1675	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894	
1676	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856	
1677	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	
1678	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	
1679	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135	
1680	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203	
1681	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180	
1682	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272	
1683	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258	
1684	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1685	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	
1686	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	
1687	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	
1688	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	
1689	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	
1690	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	
1691	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	
1692	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	
1693	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	
1694	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	
1695	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	
1696	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	
1697	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	
1698	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929	
1699	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	
1700	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943	
1701	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600	
1702	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475	
1703	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	
1704	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	
1705	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	
1706	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726	
1707	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	
1708	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	
1709	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	
1710	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	
1711	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	
1712	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	
1713	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	
1714	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267	
1715	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	
1716	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	
1717	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1718	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	
1719	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzenia zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	
1720	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	
1721	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	
1722	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	
1723	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	
1724	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	
1725	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	
1726	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	
1727	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	
1728	Levodopum + Carbidopum	Parkador, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909991569761	
1729	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912	
1730	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	
1731	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	
1732	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	
1733	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	
1734	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	
1735	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	
1736	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	
1737	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	
1738	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	
1739	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	
1740	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	
1741	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	
1742	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	
1743	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	
1744	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	
1745	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	
1746	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	
1747	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	
1748	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	
1749	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	
1750	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	
1751	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1752	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	
1753	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	
1754	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	
1755	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	
1756	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	
1757	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	
1758	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	
1759	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	
1760	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	
1761	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	
1762	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	
1763	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122	
1764	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023	
1765	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927	
1766	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	
1767	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	
1768	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	
1769	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	
1770	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	
1771	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	
1772	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	
1773	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	
1774	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	
1775	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	
1776	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	
1777	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	
1778	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	
1779	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	
1780	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	
1781	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	
1782	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	
1783	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110	
1784	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	
1785	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1786	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	
1787	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990638659	
1788	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990818914	
1789	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990649112	
1790	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909990649129	
1791	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654	
1792	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905	
1793	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345	
1794	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118	
1795	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	
1796	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	
1797	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	
1798	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	
1799	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	
1800	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	
1801	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	
1802	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	
1803	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	
1804	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	
1805	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt.	05909990686339	
1806	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt.	05909990686360	
1807	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt.	05909990645565	
1808	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	
1809	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	
1810	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	
1811	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	
1812	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	
1813	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	
1814	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768	
1815	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991560775	
1816	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991560782	
1817	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	
1818	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1819	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	
1820	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991576431	
1821	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991576448	
1822	Lurasidonum	Lurobran, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991576455	
1823	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05903060631908	
1824	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05903060631915	
1825	Lurasidonum	Polur, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05903060631922	
1826	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	
1827	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	
1828	Megestrolu acetat	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	
1829	Megestrolu acetat	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	
1830	Megestrolu acetat	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	
1831	Megestrolu acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	
1832	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	
1833	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	
1834	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	
1835	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	
1836	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568	
1837	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575	
1838	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	
1839	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	
1840	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	
1841	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	
1842	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	
1843	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	
1844	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	
1845	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	
1846	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813	
1847	Mesalazinum	Pentasa, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	
1848	Mesalazinum	Pentasa, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	
1849	Mesalazinum	Pentasa, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	
1850	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	
1851	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	
1852	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1853	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	
1854	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	
1855	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	
1856	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	
1857	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430	
1858	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	
1859	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	
1860	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	
1861	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	
1862	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	
1863	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	
1864	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	
1865	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	
1866	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	
1867	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	
1868	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	
1869	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	
1870	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	
1871	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	
1872	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379	
1873	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386	
1874	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563	
1875	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393	
1876	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409	
1877	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587	
1878	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	
1879	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	
1880	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	
1881	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	
1882	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	
1883	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	
1884	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	
1885	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	
1886	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	
1887	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1888	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	
1889	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	
1890	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	
1891	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	
1892	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032	
1893	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	
1894	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751	
1895	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990624768	
1896	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	
1897	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	
1898	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	
1899	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	
1900	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	
1901	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	
1902	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	
1903	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	
1904	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	
1905	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	
1906	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	
1907	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	
1908	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	
1909	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	
1910	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	
1911	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	
1912	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	
1913	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	
1914	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	
1915	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1916	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	
1917	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474	
1918	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726	
1919	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283	
1920	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214	
1921	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245	
1922	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252	
1923	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996	
1924	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023	
1925	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177	
1926	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139	
1927	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146	
1928	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	
1929	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	
1930	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	
1931	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	
1932	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	
1933	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236	
1934	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331	
1935	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335	
1936	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	
1937	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	
1938	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	
1939	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	
1940	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	
1941	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	
1942	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	
1943	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	
1944	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763	
1945	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1946	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	
1947	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	
1948	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	
1949	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	
1950	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	
1951	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	
1952	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	
1953	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	
1954	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	
1955	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	
1956	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	
1957	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	
1958	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	
1959	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161	
1960	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086	
1961	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116	
1962	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147	
1963	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291	
1964	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215	
1965	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253	
1966	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277	
1967	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	
1968	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	
1969	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	
1970	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	
1971	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	
1972	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	
1973	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	
1974	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	
1975	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	
1976	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1977	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	
1978	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	
1979	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	
1980	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	
1981	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	
1982	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	
1983	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	
1984	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	
1985	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	
1986	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	
1987	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323	
1988	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378	
1989	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453	
1990	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	
1991	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	
1992	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	
1993	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	
1994	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	
1995	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	
1996	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	
1997	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	
1998	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1999	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	
2000	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	
2001	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	
2002	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	
2003	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	
2004	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	
2005	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	
2006	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	
2007	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	
2008	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	
2009	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	
2010	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	
2011	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	
2012	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	
2013	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	
2014	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	
2015	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	
2016	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	
2017	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	
2018	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	
2019	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	
2020	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2021	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 10 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187068	
2022	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 10 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187051	
2023	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	
2024	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187082	
2025	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 15 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187129	
2026	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 15 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187112	
2027	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	
2028	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187143	
2029	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 20 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187181	
2030	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 20 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187174	
2031	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 25 mg	12 amp.-strzyk.	05995327187242	
2032	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187235	
2033	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	
2034	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 30 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187297	
2035	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	
2036	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strzyk.	05995327187020	
2037	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	
2038	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	
2039	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215	
2040	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123	
2041	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	
2042	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	
2043	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	
2044	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2045	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	
2046	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	
2047	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	
2048	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483	
2049	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	
2050	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962	
2051	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	
2052	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391	
2053	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	
2054	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	
2055	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	
2056	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	
2057	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813	
2058	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	
2059	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	
2060	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990157716	
2061	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990157822	
2062	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	
2063	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol. po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	
2064	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813	
2065	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	
2066	Mometasoni furoas	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	
2067	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	
2068	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991141004	
2069	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	
2070	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	
2071	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	
2072	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	
2073	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	
2074	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but. po 18 g	05909991031275	
2075	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 daw.	05909991099688	
2076	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but. po 140 daw.	05909991099695	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2077	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990670758	
2078	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	
2079	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	
2080	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462	
2081	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	
2082	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	
2083	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137	
2084	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	
2085	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	
2086	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243	
2087	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	
2088	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	
2089	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255	
2090	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858	
2091	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235	
2092	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	
2093	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	
2094	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266	
2095	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013	
2096	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481	
2097	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	
2098	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	
2099	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	
2100	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090	
2101	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	
2102	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	
2103	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	
2104	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	
2105	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300	
2106	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	
2107	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2108	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	
2109	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	
2110	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	
2111	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	
2112	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	
2113	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	
2114	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	
2115	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	
2116	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	
2117	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	
2118	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	
2119	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	
2120	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	
2121	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzenia zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	
2122	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	
2123	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	
2124	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993	
2125	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268	
2126	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	
2127	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208	
2128	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	
2129	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	
2130	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	
2131	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	
2132	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2133	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	
2134	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	
2135	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	
2136	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073	
2137	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	
2138	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	
2139	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	
2140	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	
2141	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	
2142	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	
2143	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	
2144	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	
2145	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	
2146	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	
2147	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	
2148	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	
2149	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	
2150	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438	
2151	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	
2152	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515	
2153	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	
2154	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782	
2155	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799	
2156	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805	
2157	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836	
2158	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599	
2159	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	
2160	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	
2161	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	
2162	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909991449315	
2163	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912	
2164	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2165	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	
2166	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	
2167	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	
2168	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	
2169	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	
2170	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	
2171	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	
2172	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	
2173	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	
2174	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	
2175	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	
2176	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	
2177	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990673865	
2178	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	
2179	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	
2180	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	
2181	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	
2182	Nebivololum	Nebivolol Medreg, tabl., 5 mg	28 szt.	08595566454210	
2183	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	
2184	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	
2185	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519	
2186	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526	
2187	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	
2188	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	
2189	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990694778	
2190	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990694785	
2191	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990694761	
2192	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990694754	
2193	Norethisteroni acetat + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	
2194	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	
2195	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	
2196	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2197	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	
2198	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	
2199	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781	
2200	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743	
2201	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	
2202	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592	
2203	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	
2204	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300	
2205	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622	
2206	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	
2207	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	
2208	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	
2209	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870	
2210	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	
2211	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	
2212	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	
2213	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	
2214	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	
2215	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	
2216	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	
2217	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365	
2218	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	
2219	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341	
2220	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	
2221	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	
2222	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	
2223	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	
2224	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	
2225	Olanzapinum	Olanzapine Atrovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991534776	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2226	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535018	
2227	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991535117	
2228	Olanzapinum	Olanzapine Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991535094	
2229	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	
2230	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	
2231	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	
2232	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	
2233	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	
2234	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	
2235	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	
2236	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	
2237	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	
2238	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	
2239	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	
2240	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	
2241	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	
2242	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539	
2243	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	
2244	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	
2245	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	
2246	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	
2247	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	
2248	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	
2249	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	
2250	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265	
2251	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	
2252	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2253	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	
2254	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	
2255	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	
2256	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945	
2257	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969	
2258	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	
2259	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258	
2260	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	
2261	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	
2262	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	
2263	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	
2264	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	
2265	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	
2266	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	
2267	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	
2268	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	
2269	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	
2270	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	
2271	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	
2272	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	
2273	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	
2274	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	
2275	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	
2276	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	
2277	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	
2278	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	
2279	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	
2280	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	
2281	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	
2282	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2283	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	
2284	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	
2285	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	
2286	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610	
2287	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	
2288	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	
2289	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737	
2290	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744	
2291	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751	
2292	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768	
2293	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	
2294	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	
2295	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	
2296	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	
2297	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	
2298	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	
2299	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	
2300	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	
2301	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	
2302	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	
2303	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	
2304	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	
2305	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	
2306	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	
2307	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	
2308	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2309	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	
2310	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	
2311	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	
2312	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	
2313	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	
2314	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	
2315	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	
2316	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	
2317	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	
2318	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	
2319	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	
2320	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	
2321	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	
2322	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	
2323	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	
2324	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	
2325	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	
2326	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	
2327	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513	
2328	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438	
2329	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353	
2330	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599	
2331	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	
2332	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	
2333	Omeprazolom	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2334	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	
2335	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	
2336	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	
2337	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	
2338	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	
2339	Omeprazolom	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	
2340	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612	
2341	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	
2342	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	
2343	Omeprazolom	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	
2344	Omeprazolom	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695	
2345	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	
2346	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	
2347	Omeprazolom	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	
2348	Omeprazolom	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	
2349	Omeprazolom	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	
2350	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	
2351	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	
2352	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	
2353	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	
2354	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	
2355	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	
2356	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	
2357	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	
2358	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	
2359	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	
2360	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809	
2361	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823	
2362	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854	
2363	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	
2364	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	
2365	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2366	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714	
2367	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	
2368	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	
2369	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	
2370	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	
2371	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	
2372	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	
2373	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	
2374	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	
2375	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	
2376	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	
2377	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	
2378	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	
2379	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	
2380	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	
2381	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991184827	
2382	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991184865	
2383	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909991184902	
2384	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909991184742	
2385	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909991184940	
2386	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	
2387	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	
2388	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	
2389	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	
2390	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	
2391	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	
2392	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	
2393	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2394	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	
2395	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	
2396	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	
2397	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	
2398	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	
2399	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	
2400	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	
2401	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525	
2402	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	
2403	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532	
2404	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	
2405	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767	
2406	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774	
2407	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842	
2408	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859	
2409	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	
2410	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	
2411	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	
2412	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	
2413	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640	
2414	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732	
2415	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	
2416	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	
2417	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	
2418	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	
2419	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	
2420	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	
2421	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	
2422	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	
2423	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	
2424	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2425	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	
2426	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	
2427	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	
2428	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	
2429	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	
2430	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	
2431	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	
2432	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	
2433	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	
2434	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	
2435	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	
2436	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	
2437	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	
2438	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334	
2439	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681	
2440	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372	
2441	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	
2442	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	
2443	Paroxetinum	Arkedis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	
2444	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990425877	
2445	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990425884	
2446	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991323615	
2447	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991323646	
2448	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05909990798360	
2449	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346	
2450	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189	
2451	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202	
2452	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310	
2453	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515	
2454	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217	
2455	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	
2456	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	
2457	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	
2458	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	
2459	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2460	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	
2461	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	
2462	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	
2463	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	
2464	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	
2465	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	
2466	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	
2467	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	
2468	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	
2469	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	
2470	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311	
2471	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081	
2472	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774	
2473	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	
2474	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	
2475	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	
2476	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	
2477	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	
2478	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	
2479	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	
2480	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	
2481	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	
2482	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	
2483	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	
2484	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	
2485	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	
2486	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	
2487	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	
2488	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	
2489	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	
2490	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	
2491	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	
2492	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990846320	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2493	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	
2494	Posaconazolium	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	
2495	Posaconazolium	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	
2496	Posaconazolium	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	
2497	Posaconazolium	Posaconazole Viartis, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	
2498	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	
2499	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582	
2500	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629	
2501	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667	
2502	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	
2503	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699	
2504	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	
2505	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668	
2506	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	
2507	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	
2508	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	
2509	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	
2510	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	
2511	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	
2512	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	
2513	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	
2514	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	
2515	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	
2516	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	
2517	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	
2518	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	
2519	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	
2520	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	
2521	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	
2522	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	
2523	Pregabalinum	Lyrice, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	
2524	Pregabalinum	Lyrice, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	
2525	Pregabalinum	Lyrice, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2526	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	
2527	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	
2528	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	
2529	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	
2530	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	
2531	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	
2532	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	
2533	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	
2534	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	
2535	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	
2536	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	
2537	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	
2538	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	
2539	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004	
2540	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	
2541	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	
2542	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	
2543	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	
2544	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	
2545	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	
2546	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609	
2547	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004	
2548	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123	
2549	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	
2550	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	
2551	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	
2552	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	
2553	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	
2554	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	
2555	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	
2556	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853	
2557	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163	
2558	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2559	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309	
2560	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562	
2561	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593	
2562	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630	
2563	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	
2564	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	
2565	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	
2566	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	
2567	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	
2568	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785	
2569	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990081233	
2570	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761	
2571	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990081196	
2572	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808	
2573	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062	
2574	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857	
2575	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	
2576	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840	
2577	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143	
2578	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235	
2579	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068	
2580	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280	
2581	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	
2582	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	
2583	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	
2584	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	
2585	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	
2586	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2587	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	
2588	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	
2589	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	
2590	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335	
2591	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234	
2592	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272	
2593	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296	
2594	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	
2595	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265	
2596	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870	
2597	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887	
2598	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856	
2599	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590	
2600	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651	
2601	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	
2602	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675	
2603	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	
2604	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	
2605	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	
2606	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710	
2607	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516	
2608	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615	
2609	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	
2610	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417	
2611	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	
2612	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	
2613	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	
2614	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	
2615	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	
2616	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	
2617	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	
2618	Ramiprilum	ApoRami, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2619	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	
2620	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958	
2621	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	
2622	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	
2623	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	
2624	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910	
2625	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	
2626	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	
2627	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703	
2628	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	
2629	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	
2630	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	
2631	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903	
2632	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	
2633	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	
2634	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	
2635	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	
2636	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	
2637	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358	
2638	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608	
2639	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334	
2640	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	
2641	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341	
2642	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334	
2643	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	
2644	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303	
2645	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	
2646	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	
2647	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	
2648	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	
2649	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	
2650	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	
2651	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	
2652	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2653	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	
2654	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	
2655	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750	
2656	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475	
2657	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217	
2658	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	
2659	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	
2660	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	
2661	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	
2662	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535	
2663	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	
2664	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	
2665	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	
2666	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	
2667	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	
2668	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440	
2669	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378	
2670	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	
2671	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	
2672	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	
2673	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	
2674	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	
2675	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	
2676	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	
2677	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	
2678	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	
2679	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	
2680	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	
2681	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	
2682	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	
2683	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	
2684	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	
2685	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	
2686	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	
2687	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2688	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	
2689	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	
2690	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	
2691	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	
2692	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	
2693	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	
2694	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	
2695	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	
2696	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	
2697	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	
2698	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	
2699	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	
2700	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	
2701	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277	
2702	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291	
2703	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239	
2704	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253	
2705	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	
2706	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	
2707	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	
2708	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	
2709	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156	
2710	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	
2711	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	
2712	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	
2713	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	
2714	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	
2715	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	
2716	Risperidonum	Risperidon Vipfarm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	
2717	Risperidonum	Risperidon Vipfarm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	
2718	Risperidonum	Risperidon Vipfarm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	
2719	Risperidonum	Risperidon Vipfarm, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	
2720	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	
2721	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	
2722	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2723	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	
2724	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	
2725	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	
2726	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	
2727	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	
2728	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	
2729	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	
2730	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	
2731	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	
2732	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	
2733	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	
2734	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	
2735	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	
2736	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	
2737	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	
2738	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	
2739	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	
2740	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	
2741	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991521738	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2742	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991521745	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2743	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991521790	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2744	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991521776	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2745	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05907594033344	
2746	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05907594033429	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2747	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05907594033399	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2748	Rivaroxabanum	Kardatusan, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05907594033405	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2749	Rivaroxabanum	Kardatusan, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05907594033412	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2750	Rivaroxabanum	Kardatusan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2751	Rivaroxabanum	Kardatusan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2752	Rivaroxabanum	Kardatusan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2753	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812	
2754	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829	
2755	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398	
2756	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435	
2757	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	
2758	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2759	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991503581	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2760	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991503604	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2761	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991503635	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2762	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991503642	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2763	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991355258	
2764	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05909991355449	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2765	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991355470	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2766	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991355395	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2785	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	
2786	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	
2787	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	
2788	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05995327192956	
2789	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05995327192994	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2790	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05995327193007	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2791	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05995327193038	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2792	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508	
2793	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546	
2794	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621	
2795	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 4,6 mg/24h	8 szt.	05909991506483	
2796	Rivastigminum	Atmina, system transdermalny, 9,5 mg/24h	8 szt.	05909991506551	
2797	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	
2798	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	
2799	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	
2800	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	
2801	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	
2802	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 szt.	05909991032609	
2803	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909990066704	
2804	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909990066766	
2805	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646	
2806	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	
2807	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	
2808	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	
2809	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	
2810	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	
2811	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	
2812	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660	
2813	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2814	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	
2815	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	
2816	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	
2817	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	
2818	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	
2819	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	
2820	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	
2821	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	
2822	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	
2823	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	
2824	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	
2825	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	
2826	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	
2827	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	
2828	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	
2829	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	
2830	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	
2831	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	
2832	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	
2833	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	
2834	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	
2835	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	
2836	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	
2837	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	
2838	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	
2839	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	
2840	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	
2841	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	
2842	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	
2843	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2844	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954	
2845	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985	
2846	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990732074	
2847	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990732227	
2848	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990732333	
2849	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	
2850	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	
2851	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	
2852	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	
2853	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	
2854	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	
2855	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	
2856	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	
2857	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	
2858	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	
2859	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890	
2860	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586	
2861	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968	
2862	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	
2863	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	
2864	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	
2865	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	
2866	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	
2867	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	
2868	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	
2869	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	
2870	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	
2871	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	
2872	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166	
2873	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	
2874	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922	
2875	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2876	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	
2877	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	
2878	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883	
2879	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906	
2880	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920	
2881	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875	
2882	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184	
2883	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337	
2884	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375	
2885	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141	
2886	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605	
2887	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799	
2888	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612	
2889	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158	
2890	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984	
2891	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579	
2892	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812	
2893	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586	
2894	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415	
2895	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165	
2896	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103	
2897	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775	
2898	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604	
2899	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950	
2900	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659	
2901	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981	
2902	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673	
2903	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574	
2904	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	
2905	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698	
2906	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	
2907	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773	
2908	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	
2909	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865	
2910	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2911	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636	
2912	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079	
2913	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086	
2914	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093	
2915	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062	
2916	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250	
2917	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304	
2918	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380	
2919	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403	
2920	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458	
2921	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533	
2922	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588	
2923	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663	
2924	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687	
2925	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724	
2926	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786	
2927	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892	
2928	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106	
2929	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182	
2930	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	
2931	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781	
2932	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	
2933	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927	
2934	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009	
2935	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061	
2936	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606	
2937	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623	
2938	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647	
2939	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959	
2940	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973	
2941	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685	
2942	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708	
2943	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062	
2944	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086	
2945	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2946	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777	
2947	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	
2948	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	
2949	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785	
2950	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333	
2951	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079	
2952	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839	
2953	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340	
2954	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109	
2955	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990777853	
2956	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	
2957	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	
2958	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	
2959	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	
2960	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	
2961	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	
2962	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	
2963	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	
2964	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	
2965	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	
2966	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	
2967	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	
2968	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	28 szt.	05900411012713	
2969	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	56 szt.	05900411012737	
2970	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	28 szt.	05900411012775	
2971	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	56 szt.	05900411012799	
2972	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836	
2973	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	56 szt.	05900411012850	
2974	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	
2975	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	
2976	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	
2977	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	
2978	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	
2979	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	
2980	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2981	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	
2982	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	
2983	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	
2984	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	
2985	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	
2986	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	
2987	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	
2988	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914	
2989	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	
2990	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	
2991	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	
2992	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928	
2993	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826	
2994	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	
2995	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	
2996	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424	
2997	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431	
2998	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardech, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	
2999	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	
3000	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099	
3001	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	
3002	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	
3003	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	
3004	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	
3005	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 12 mg	28 szt.	05909991089313	
3006	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 16 mg	28 szt.	05909991089412	
3007	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 4 mg	30 szt.	05909991089214	
3008	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636	
3009	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3010	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739	
3011	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654	
3012	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317	
3013	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218	
3014	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685	
3015	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	
3016	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375	
3017	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368	
3018	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351	
3019	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344	
3020	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	
3021	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622	
3022	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	
3023	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	
3024	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523	
3025	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	
3026	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621	
3027	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690	
3028	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163	
3029	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040	
3030	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963	
3031	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925	
3032	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215	
3033	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116	
3034	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472	
3035	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982	
3036	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	
3037	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	
3038	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	
3039	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	
3040	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	
3041	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	
3042	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279	
3043	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286	
3044	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3045	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532	
3046	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655	
3047	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110	
3048	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219	
3049	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318	
3050	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650	
3051	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667	
3052	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273	
3053	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297	
3054	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334	
3055	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	
3056	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	
3057	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	
3058	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	
3059	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616	
3060	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715	
3061	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838	
3062	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012	
3063	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111	
3064	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714	
3065	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114	
3066	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213	
3067	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215	
3068	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314	
3069	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913	
3070	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026	
3071	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124	
3072	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	
3073	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	
3074	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564	
3075	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990055920	
3076	Sitagliptinum	Jazeta Novum, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	08594739274563	
3077	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991480509	
3078	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05995327182650	
3079	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05995327182667	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3080	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473	
3081	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	03838989721466	
3082	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558	
3083	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803	
3084	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137	
3085	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970	
3086	Sitagliptinum	Sitagliptin Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991497477	
3087	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263	
3088	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05903792662294	
3089	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883	
3090	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991481131	
3091	Sitagliptinum	Sitagliptin TZF, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05904016030707	
3092	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05905669739351	
3093	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	
3094	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	
3095	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	
3096	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	
3097	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	
3098	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	
3099	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	
3100	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	
3101	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	
3102	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	
3103	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	
3104	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	
3105	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	
3106	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	
3107	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	
3108	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	
3109	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727	
3110	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	
3111	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3112	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	
3113	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Sitagliptin + Metformin hydrochloride Grindeks, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	04750232018101	
3114	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	
3115	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	
3116	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758	
3117	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741	
3118	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325	
3119	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226	
3120	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393	
3121	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317	
3122	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960	
3123	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991	
3124	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922	
3125	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953	
3126	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135	
3127	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394	
3128	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620	
3129	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991314545	
3130	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	
3131	Solifenacini succinas	Solino, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	
3132	Solifenacini succinas	Solino, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	
3133	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777	
3134	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753	
3135	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	
3136	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	
3137	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	
3138	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	
3139	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	
3140	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05906720537404	
3141	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	
3142	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05906720537398	
3143	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315	
3144	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	
3145	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3146	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	
3147	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	
3148	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061	
3149	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	
3150	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991519230	
3151	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	
3152	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	
3153	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	
3154	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	
3155	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	
3156	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	
3157	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	
3158	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	
3159	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	
3160	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	
3161	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	
3162	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	
3163	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	
3164	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	
3165	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	
3166	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760	
3167	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715	
3168	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	
3169	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	
3170	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	
3171	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	
3172	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	
3173	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847	
3174	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	
3175	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	
3176	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	
3177	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3178	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	
3179	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	
3180	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	
3181	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	
3182	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	
3183	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	
3184	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	
3185	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	
3186	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	
3187	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	
3188	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	
3189	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	
3190	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	
3191	Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	Shingrix, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 50 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 0,5 ml zawiesiny	05909991364885	
3192	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi dróg oddechowych (RSV) (rekombinowana, z adiuwantem)	Arexvy, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań,	1 fiol. proszku + 1 fiol. zawiesiny	05909991513610	
3193	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (bivalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań,	1 fiol. proszku + amp.-strzyk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210	
3194	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	
3195	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	
3196	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	
3197	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	
3198	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489	
3199	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	
3200	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	
3201	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	
3202	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	
3203	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	
3204	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3205	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	
3206	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709	
3207	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	
3208	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	
3209	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	
3210	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	
3211	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	
3212	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	
3213	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	
3214	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	
3215	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017	
3216	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	
3217	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920	
3218	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883	
3219	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906	
3220	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726	
3221	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501	
3222	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006	
3223	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794	
3224	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642	
3225	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598	
3226	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585	
3227	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685	
3228	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592	
3229	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692	
3230	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsulki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3231	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257	
3232	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007	
3233	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184	
3234	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382	
3235	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321	
3236	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709	
3237	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451	
3238	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845	
3239	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948	
3240	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	
3241	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	
3242	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808	
3243	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895	
3244	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	
3245	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214	
3246	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081	
3247	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068	
3248	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075	
3249	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235	
3250	Tamsulosinum	Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418	
3251	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	
3252	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	
3253	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	
3254	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3255	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	
3256	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	
3257	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	09008732017571	
3258	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	09008732017663	
3259	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	09008732017724	
3260	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	60 szt.	09008732017458	
3261	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	09008732017786	
3262	Tapentadolium	Tadomon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	09008732017519	
3263	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	
3264	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	
3265	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	
3266	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	
3267	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	
3268	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	
3269	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	
3270	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861	
3271	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908	
3272	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960	
3273	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991	
3274	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991391713	
3275	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991391720	
3276	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768	
3277	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867	
3278	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801	
3279	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	
3280	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991388003	
3281	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991388034	
3282	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	
3283	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	
3284	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	
3285	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3286	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	
3287	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	
3288	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	
3289	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	
3290	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	
3291	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	
3292	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	
3293	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	
3294	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	
3295	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	
3296	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	
3297	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	
3298	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	
3299	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	
3300	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	
3301	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	
3302	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	
3303	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	
3304	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	
3305	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	
3306	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	
3307	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	
3308	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	
3309	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	
3310	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	
3311	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	
3312	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	
3313	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	
3314	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	
3315	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 40 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764234	
3316	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764241	
3317	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 25 mg	28 szt.	03838989764289	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3318	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764319	
3319	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	
3320	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	
3321	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	
3322	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	
3323	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	
3324	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	
3325	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	
3326	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	
3327	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	
3328	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	
3329	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	
3330	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	
3331	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	
3332	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	
3333	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	
3334	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	
3335	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991020026	
3336	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	
3337	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	
3338	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	
3339	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	
3340	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	
3341	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	
3342	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	
3343	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	
3344	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	
3345	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	
3346	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	
3347	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	
3348	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	
3349	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	
3350	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	
3351	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3352	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	
3353	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	
3354	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	
3355	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	
3356	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	
3357	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	
3358	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	
3359	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	
3360	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	
3361	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	
3362	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	
3363	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	
3364	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	
3365	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	
3366	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	
3367	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	
3368	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	
3369	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	
3370	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	
3371	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	
3372	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	
3373	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	
3374	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	
3375	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	
3376	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	
3377	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	
3378	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	
3379	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	
3380	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	
3381	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	
3382	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	
3383	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	
3384	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	
3385	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	
3386	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3387	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	
3388	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	
3389	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	
3390	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	
3391	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	
3392	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	
3393	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	
3394	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	
3395	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	
3396	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	
3397	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	
3398	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	
3399	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	
3400	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	
3401	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	
3402	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	
3403	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	
3404	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	
3405	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	
3406	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	
3407	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	
3408	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	
3409	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3410	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	
3411	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	
3412	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	
3413	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	
3414	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	
3415	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016	
3416	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	
3417	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245	
3418	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821	
3419	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	
3420	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	
3421	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	
3422	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł. 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	
3423	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	
3424	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	
3425	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	
3426	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	
3427	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	
3428	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641	
3429	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	
3430	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	
3431	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	
3432	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	
3433	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	
3434	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3435	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	
3436	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	
3437	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	
3438	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	
3439	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	
3440	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	
3441	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	
3442	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019	
3443	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118	
3444	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814	
3445	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913	
3446	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496	
3447	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	
3448	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472	
3449	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	
3450	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	
3451	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	
3452	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	
3453	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	
3454	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	
3455	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	
3456	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	
3457	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	
3458	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	
3459	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	
3460	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	
3461	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	
3462	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	
3463	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3464	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	
3465	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	
3466	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	
3467	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	
3468	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	
3469	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	
3470	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	
3471	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	
3472	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	
3473	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	
3474	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	
3475	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	
3476	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	
3477	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	
3478	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	
3479	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	
3480	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	
3481	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	
3482	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	
3483	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	
3484	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	
3485	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	
3486	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	
3487	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	
3488	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	
3489	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	
3490	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3491	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	
3492	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	
3493	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	
3494	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	
3495	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	
3496	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	
3497	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	
3498	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	
3499	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	
3500	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	
3501	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	
3502	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	
3503	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	
3504	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	
3505	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	
3506	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	
3507	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	
3508	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	
3509	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	
3510	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	
3511	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	
3512	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	
3513	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	07613421191573	
3514	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	
3515	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	07613421191566	
3516	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	
3517	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	
3518	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	
3519	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106	
3520	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3521	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	
3522	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	
3523	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	
3524	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	
3525	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	
3526	Triptorelinum	Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11,25 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990894413	
3527	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	
3528	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	
3529	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	
3530	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	
3531	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	
3532	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	
3533	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	
3534	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763	
3535	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695	
3536	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877	
3537	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594	
3538	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067	
3539	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081	
3540	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	
3541	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961	
3542	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985	
3543	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065	
3544	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877	
3545	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3546	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983	
3547	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990	
3548	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147	
3549	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990074945	
3550	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853	
3551	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860	
3552	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608	
3553	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455	
3554	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	
3555	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	
3556	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480	
3557	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459	
3558	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	
3559	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740864	
3560	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	
3561	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	
3562	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	
3563	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	
3564	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	
3565	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	
3566	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	
3567	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	
3568	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	
3569	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	
3570	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	
3571	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	
3572	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	
3573	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	
3574	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	
3575	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	
3576	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3577	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	
3578	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	
3579	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	
3580	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	
3581	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990704132	
3582	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990704262	
3583	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	
3584	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	
3585	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	
3586	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 160 + 1,5 mg	30 szt.	03838989768560	
3587	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 80 + 1,5 mg	30 szt.	03838989773632	
3588	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	
3589	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	
3590	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	
3591	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	
3592	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901	
3593	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	
3594	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	
3595	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	
3596	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	
3597	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650	
3598	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990660636	
3599	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643	
3600	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	
3601	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	
3602	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	
3603	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3604	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	
3605	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760	
3606	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	
3607	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	
3608	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502	
3609	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	
3610	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	
3611	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	
3612	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	
3613	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802	
3614	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819	
3615	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	
3616	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	
3617	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	
3618	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490	
3619	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	
3620	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	
3621	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096	
3622	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	
3623	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	
3624	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	
3625	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3626	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	
3627	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	
3628	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	
3629	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971	
3630	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	
3631	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419	
3632	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211	
3633	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310	
3634	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	
3635	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	
3636	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	
3637	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991729721	
3638	Vildagliptinum	Diptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991729684	
3639	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	
3640	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	
3641	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	
3642	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	
3643	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	
3644	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	
3645	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	
3646	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991496999	
3647	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991496975	
3648	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	
3649	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	
3650	Voriconazolium	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	
3651	Voriconazolium	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	
3652	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05702150155153	
3653	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05702150155788	
3654	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05702150155146	
3655	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	
3656	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3657	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań,	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	
3658	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061	
3659	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990681358	
3660	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	
3661	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	
3662	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	
3663	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	
3664	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
2	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
3	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
4	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
5	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
6	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013567
7	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013574
8	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05900411013581
9	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Aerox, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05900411013598
10	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
11	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
12	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152
13	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
14	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
15	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
16	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
17	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
18	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
19	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
20	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
21	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354
22	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323
23	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286
24	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
25	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
26	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
27	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
28	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169
29	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
30	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
31	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 amp.po 2 ml	05909991107925

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
32	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
33	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
34	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
35	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
36	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
37	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
38	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615
39	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714
40	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813
41	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	07613421020866
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991283971
48	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991136932
49	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991136963
50	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
51	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
52	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxidil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
53	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
54	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
55	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
56	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
57	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
58	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
59	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
60	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
61	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
62	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
63	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
64	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
65	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
66	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
67	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
68	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
69	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447
70	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454
71	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. z igłą	05909991302108
72	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
73	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
74	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
75	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
76	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
77	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
78	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
79	Enoxaparinum natriicum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581
80	Enoxaparinum natriicum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543
81	Enoxaparinum natriicum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550
82	Enoxaparinum natriicum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567
83	Enoxaparinum natriicum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574
84	Enoxaparinum natriicum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
85	Enoxaparinum natriicum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
86	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	10 amp.-strzyk.	05906395161096
87	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161010
88	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161034
89	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161058
90	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strzyk.	05906395161072
91	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
92	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
93	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
94	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
95	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
96	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
97	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
98	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423
99	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
100	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
101	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522
102	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515
103	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
104	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
105	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
106	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991578060
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
125	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
126	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
130	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
131	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
132	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
133	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
134	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
135	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
136	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
137	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
138	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
139	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
140	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
141	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
142	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
143	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
144	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
145	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
146	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
147	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
148	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924
149	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934
150	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990937981
151	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914
152	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
153	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
154	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
155	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
156	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
157	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
158	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
159	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681
160	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990849000
161	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
162	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
163	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
164	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
165	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
166	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
167	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
168	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
169	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
170	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562
171	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
172	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
173	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717
174	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
175	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
176	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
177	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
178	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
179	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
180	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
181	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
182	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
183	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
184	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
185	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
186	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
187	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
188	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
189	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
190	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
191	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
192	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
193	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
194	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
195	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
196	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
197	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
198	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
199	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
200	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
201	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
202	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
203	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
204	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
205	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
206	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
207	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrzykiwań, 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
208	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
209	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991185879
210	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
211	Ipratropii bromidum	Atrovent, plyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
212	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
213	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
214	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
215	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
216	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
217	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
218	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
219	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
220	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
221	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
222	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
223	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
224	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
225	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
226	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
227	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
228	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
229	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
230	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
231	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
232	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755
233	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
234	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
235	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
236	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
237	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
238	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
239	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
240	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
241	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
242	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
243	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
244	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
245	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
246	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
247	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
248	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
249	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
250	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
251	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
252	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
253	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
254	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
255	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
256	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
257	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
258	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
259	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
260	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
261	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
262	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841
263	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
264	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
265	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
266	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
267	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
268	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
269	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
270	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
271	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
272	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
273	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
274	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
275	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
276	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
277	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
278	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
279	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
280	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
281	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
282	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
283	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
284	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
285	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
286	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
287	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
288	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
289	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
290	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
291	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
292	Levothyroxinum natriicum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
293	Levothyroxinum natriicum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
294	Levothyroxinum natriicum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
295	Levothyroxinum natriicum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
296	Levothyroxinum natriicum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
297	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
298	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
299	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215
300	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123
301	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
302	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
303	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
304	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
305	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
306	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
307	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
308	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483
309	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990670758
310	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
311	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
312	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
313	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
314	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
315	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
316	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
317	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
318	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
319	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
320	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
321	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
322	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
323	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
324	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
325	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
326	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
327	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
328	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
329	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
330	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
331	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
332	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090
333	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
334	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
335	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
336	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
337	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
338	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
339	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
340	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
341	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
342	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
343	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
344	Oxcarbazeponum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809
345	Oxcarbazeponum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
346	Oxcarbazeponum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
347	Oxcarbazeponum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
348	Oxcarbazeponum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
349	Oxcarbazeponum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
350	Oxcarbazeponum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
351	Oxcarbazeponum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
352	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
353	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699
354	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
355	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668
356	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
357	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
358	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
359	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
360	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
361	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321
362	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390
363	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352
364	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345
365	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338
366	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352
367	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383
368	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406
369	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420
370	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345
371	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338
372	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444
373	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
374	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004
375	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
376	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
377	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
378	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
379	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
380	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
381	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
382	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004
383	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
384	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928
385	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826
386	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
387	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
388	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424
389	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431
390	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardech, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
391	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
392	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
393	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (biwalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań,	1 fiol. proszku + amp.-strzyk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210
394	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352

F 1. Technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Patiromer calcium	Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 g	30 sasz.	07640166811459

F 2. Technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności

1	2	3	4	5
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	Dabrafenibum	Finlee, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg	210 szt.	07613421107598
2	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033
3	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040
4	Ivosidenibum	Tibsovo, tabl. powł. 250 mg	60 szt.	03664898120737
5	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnym, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138
6	Mirvetuximabum soravtansinum	Elahere, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. 20 ml	08054083029306
7	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043
8	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012
9	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029
10	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036
11	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508
12	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696
13	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139
14	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165939
15	rADAMTS13	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw	07038319165922
16	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529
17	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536
18	Tebentafuspum	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036
19	Trametinibum	Spexotras, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,05 mg/ml	1 but.	09088885532749

G 1. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
7	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
10	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
11	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
13	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
14	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
15	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
17	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994
18	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
19	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
20	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519
21	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502
22	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564
23	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540
24	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
25	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
26	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
27	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
28	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
29	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
30	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
31	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
32	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
33	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
34	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
35	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
36	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
37	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
38	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
39	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
40	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
41	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
42	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
43	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
44	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
45	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
46	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
47	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
48	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029
49	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168
50	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175
51	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199
52	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205
53	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273
54	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266
55	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
56	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
57	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
58	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
59	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
60	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
61	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696
62	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
63	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
64	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
65	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
66	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
67	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
68	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
69	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
70	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
72	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
73	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
74	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
75	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
76	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
77	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
78	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
79	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
80	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
81	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
82	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
83	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
84	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
85	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
86	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
87	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
88	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
89	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
90	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
91	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
92	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520
93	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608
94	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
95	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420
96	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049
97	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056
98	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070
99	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063
100	Bromocriptinum	Bromocom, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
101	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
102	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
103	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140
104	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
105	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
106	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
107	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
108	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
109	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
110	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
111	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
112	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
113	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
114	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
115	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
116	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
117	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
118	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
119	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
120	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
121	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
122	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
123	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
124	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
125	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
126	Cefuroximium	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840
127	Cefuroximium	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857
128	Cefuroximium	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697
129	Cefuroximium	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703
130	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729
131	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736
132	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793
133	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
134	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
135	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441
136	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250
137	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409
138	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416
139	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
140	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667
141	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
142	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803
143	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514
144	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
145	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117
146	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416
147	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
148	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916
149	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012
150	Clonidini hydrochloridum	Iporel, tabl., 0,075 mg	50 szt.	05909990282814
151	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011
152	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
153	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
154	Danazolium	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	0590999025339
155	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
156	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611
157	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
158	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
159	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
160	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
161	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
162	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
163	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
164	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
165	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413
166	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420
167	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380
168	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314
169	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018
170	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912
171	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
172	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
173	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
174	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
175	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
176	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
177	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
178	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
179	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
180	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
181	Enalaprilii maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
182	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
183	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
184	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
185	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
186	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
187	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990971473
188	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990971558
189	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991014728
190	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991014759
191	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517
192	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
193	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
194	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
195	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
196	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835
197	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828
198	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
199	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
200	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
201	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
202	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339
203	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500
204	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609
205	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173
206	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708
207	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807
208	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
209	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311
210	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045
211	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
212	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
213	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
214	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	14 szt.	05909991283261
215	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
216	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
217	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
218	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
219	Fluconazolom	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219
220	Fluconazolom	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991273798
221	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
222	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
223	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
224	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
225	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
226	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
227	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
228	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
229	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
230	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
231	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
232	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
233	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
234	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
235	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
236	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
237	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
238	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
239	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
240	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
241	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
242	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
243	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
244	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
245	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
246	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
247	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
248	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
249	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
250	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
251	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
252	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
253	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
254	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
255	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
256	Glycopyrronii bromidum	Amidil AmiHaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 44 µg/dawkę dostarczoną	30 szt. + 1 inhalator	05903060630574
257	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
258	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
259	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
260	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
261	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
262	Hydrocortisoni acetat	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	0590999050317
263	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
264	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
265	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
266	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
267	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
268	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
269	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
270	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
271	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
272	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
273	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
274	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
275	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05907626701814
276	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485
277	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
278	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907
279	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205
280	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938
281	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212
282	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969
283	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229
284	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
285	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
286	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718
287	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014
288	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
289	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
290	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
291	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733
292	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
293	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034
294	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267
295	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
296	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
297	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
298	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
299	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
300	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
301	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
302	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
303	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
304	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
305	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110
306	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
307	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
308	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
309	Megestrol acetat	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608
310	Megestrol acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977
311	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
312	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
313	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568
314	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575
315	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
316	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
317	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
318	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
319	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
320	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
321	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
322	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
323	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
324	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
325	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
326	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
327	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
328	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
329	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
330	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962
331	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051
332	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391
333	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
334	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655
335	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
336	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
337	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
338	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
339	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
340	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
341	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
342	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
343	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
344	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
345	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
346	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
347	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
348	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
349	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
350	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
351	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
352	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
353	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
354	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438
355	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536
356	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515
357	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543
358	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
359	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
360	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
361	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
362	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
363	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519
364	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526
365	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
366	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
367	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
368	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805
369	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782
370	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910
371	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367
372	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927
373	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343
374	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
375	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911
376	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812
377	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
378	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
379	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
380	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
381	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
382	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
383	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
384	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
385	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
386	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
387	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
388	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
389	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
390	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
391	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
392	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184
393	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737
394	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
395	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
396	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
397	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
398	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
399	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
400	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
401	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
402	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
403	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
404	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
405	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
406	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
407	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
408	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
409	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
410	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
411	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
412	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
413	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
414	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
415	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
416	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
417	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
418	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
419	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
420	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011
421	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709
422	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581
423	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
424	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
425	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
426	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
427	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
428	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513
429	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438
430	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353
431	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599
432	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717
433	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164
434	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
435	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
436	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525
437	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532
438	Perazinium	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
439	Perazinium	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
440	Perazinium	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
441	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311
442	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081
443	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774
444	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
445	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
446	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
447	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
448	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
449	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
450	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
451	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
452	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
453	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
454	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
455	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
456	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
457	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
458	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
459	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
460	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
461	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
462	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
463	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
464	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123
465	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
466	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
467	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farnapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
468	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
469	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857
470	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888
471	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840
472	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590
473	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651
474	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583
475	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675
476	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
477	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
478	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
479	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703
480	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
481	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
482	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
483	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
484	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
485	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
486	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
487	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
488	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
489	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
490	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
491	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
492	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
493	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
494	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
495	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
496	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
497	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
498	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
499	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
500	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
501	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
502	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+1,25 mg	28 szt.	05903060630277
503	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 10+2,5 mg	28 szt.	05903060630291
504	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+1,25 mg	28 szt.	05903060630239
505	Ramiprilum + Indapamidum	Polpril Plus, kaps. twarde, 5+2,5 mg	28 szt.	05903060630253
506	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
507	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
508	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
509	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
510	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 10 mg	10 szt.	05907594033344
511	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	100 szt.	05907594033329
512	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05907594033399
513	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05907594033405
514	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05907594033412

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
515	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474
516	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443
517	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450
518	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398
519	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991440404
520	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991440350
521	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435
522	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991440442
523	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550
524	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482
525	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991503581
526	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991503604
527	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 2,5 mg	56 szt.	05909991503512
528	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991503635
529	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991503642
530	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508
531	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546
532	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991528584
533	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	05909991528485
534	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621
535	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909991528607
536	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991528614
537	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184
538	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337
539	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375
540	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
541	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950
542	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
543	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981
544	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
545	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574
546	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674
547	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698
548	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759
549	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773
550	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841
551	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
552	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599
553	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636
554	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
555	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
556	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
557	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
558	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
559	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
560	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
561	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
562	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
563	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
564	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
565	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
566	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
567	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
568	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	28 szt.	05900411012713
569	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 15+10 mg	56 szt.	05900411012737
570	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	28 szt.	05900411012775
571	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 30+10 mg	56 szt.	05900411012799
572	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836
573	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	56 szt.	05900411012850
574	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
575	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
576	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
577	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
578	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914
579	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010
580	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
581	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
582	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685
583	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692
584	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
585	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
586	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
587	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
588	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
589	Simvastatinum	Simvasteryl, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
590	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564
591	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137
592	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970
593	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657
594	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551
595	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998
596	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727
597	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
598	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325
599	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226
600	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061
601	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164
602	Spirolactonum	Spirolon 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
603	Spirolactonum	Spirolon, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
604	Spirolactonum	Spirolon, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
605	Spirolactonum	Spirolon, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
606	Spirolactonum	Spirolon, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
607	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
608	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
609	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
610	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
611	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
612	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
613	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
614	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
615	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
616	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
617	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
618	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
619	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
620	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
621	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
622	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
623	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
624	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
625	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
626	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
627	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
628	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
629	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
630	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
631	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
632	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
633	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
634	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
635	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
636	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
637	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
638	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
639	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
640	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
641	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
642	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
643	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
644	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846
645	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
646	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938
647	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
648	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907
649	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
650	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
651	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
652	Torasemidum	Astorid, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991525484
653	Torasemidum	Astorid, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991525491
654	Torasemidum	Astorid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991525477
655	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990733552
656	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990733569
657	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991340100
658	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	60 szt.	05909991340117
659	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990734504
660	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990734528
661	Torasemidum	Toradiur, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991426811
662	Torasemidum	Toradiur, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991426804

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
663	Torasemidum	Toramide, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991162115
664	Torasemidum	Toramide, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991161910
665	Torasemidum	Toramide, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991268350
666	Torasemidum	Toramide, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991162016
667	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
668	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
669	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
670	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
671	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
672	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
673	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
674	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
675	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595
676	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601
677	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618
678	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
679	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
680	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
681	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
682	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
683	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
684	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
685	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
686	Trimetazidini dihydrochloridum	Metazydyna, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990861330
687	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991210083
688	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990846115
689	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991097592
690	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990919680
691	Trimetazidini dihydrochloridum	Setal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990646746
692	Trimetazidini dihydrochloridum	Trimeductan MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909991151812
693	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
694	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
695	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
696	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
697	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
698	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
699	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
700	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
701	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310
702	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177

G 2. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
3	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
4	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
5	Aripirazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
6	Aripirazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
7	Aripirazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
8	Aripirazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
9	Aripirazolum	Aribit, tabl., 5 mg	28 szt.	05907529463215
10	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
11	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
12	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
13	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
14	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
15	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
16	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
17	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
18	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
19	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
20	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
21	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
22	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
23	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
24	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022921
25	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023027
26	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023126
27	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991023324
28	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022525
29	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909991022822
30	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervesces bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz. po 3 g	05909990269310
31	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
32	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
33	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558
34	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042
36	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
37	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
38	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351